

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

**“Plan educacional proporcionado por el personal de salud a pacientes previo a la  
intervención quirúrgica”**

**Diego Andrés Bolaños González  
Eva María Fión Cosillo  
Luis Fernando Herrera  
Silvia María Linares García  
Daniel Alejandro Morales Marroquín  
Sara Isabel Nuñez Villalta  
Fredy Geraldo Ríos Borrayo  
Myriam Mercedes Ruíz Pérez  
Rony Javier Villatoro Castillo**

**Médico y Cirujano**

Guatemala, julio de 2014

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

**“Plan educacional proporcionado por el personal de salud a pacientes previo a la  
intervención quirúrgica”**

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva  
de la Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Diego Andrés Bolaños González  
Eva María Fión Cosillo  
Luis Fernando Herrera  
Silvia María Linares García  
Daniel Alejandro Morales Marroquín  
Sara Isabel Nuñez Villalta  
Fredy Geraldo Ríos Borrayo  
Myriam Mercedes Ruíz Pérez  
Rony Javier Villatoro Castillo**

**Médico y Cirujano**

Guatemala, julio de 2014

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Diego Andrés Bolaños González	200817179
Eva María Fión Cosillo	200610088
Luis Fernando Herrera	200710154
Silvia María Linares García	200710279
Daniel Alejandro Morales Marroquín	200717972
Sara Isabel Nuñez Villalta	200817025
Fredy Geraldo Ríos Borrayo	200710200
Myriam Mercedes Ruíz Pérez	200810074
Rony Javier Villatoro Castillo	200717710

han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

“Plan educacional proporcionado por el personal de salud a pacientes previo a la intervención quirúrgica”

Trabajo tutorado por el Dr. Mario Napoleón Méndez Rivera y revisado por el Dr. Juan Francisco Morales Jáuregui, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, a los veinte días de junio del dos mil catorce.

  
DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL  
DECANO



Dr. Jesús Arnulfo Oliva Leal  
DECANO  
2011-2015  
— FACULTAD DE —  
CIENCIAS MÉDICAS



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
COORDINACIÓN DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Diego Andrés Bolaños González	200817179
Eva María Fión Cosillo	200610088
Luis Fernando Herrera	200710154
Silvia María Linares García	200710279
Daniel Alejandro Morales Marroquín	200717972
Sara Isabel Nuñez Villalta	200817025
Fredy Geraldo Ríos Borrayo	200710200
Myriam Mercedes Ruíz Pérez	200810074
Rony Javier Villatoro Castillo	200717710

han presentado el trabajo de graduación titulado:

“Plan educacional proporcionado por el personal de salud a pacientes previo a la intervención quirúrgica”

El cual ha sido revisado y corregido por el Dr. Edgar Rodolfo de León Barillas, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el veinte de junio del dos mil catorce.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Edgar de León Barillas  
Coordinador



Guatemala, 16 de junio del 2014

Doctor  
Edgar Rodolfo de León Barillas  
Unidad de Trabajos de Graduación  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Presente

Dr. de León Barillas:

Le informamos que los estudiantes abajo firmantes:

Diego Andrés Bolaños González

Eva María Fión Cosillo

Luis Fernando Herrera

Silvia María Linares García

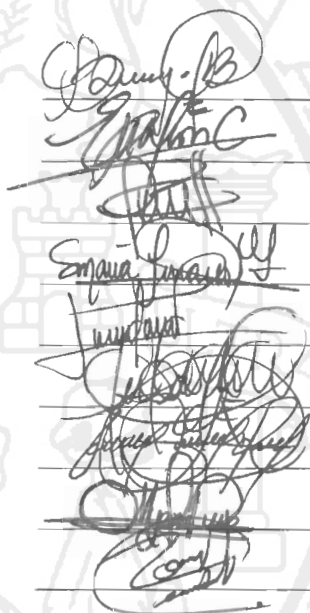
Daniel Alejandro Morales Marroquín

Sara Isabel Nuñez Villalta

Fredy Geraldo Ríos Borrayo

Myriam Mercedes Ruíz Pérez

Rony Javier Villatoro Castillo

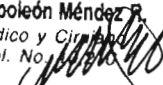


Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

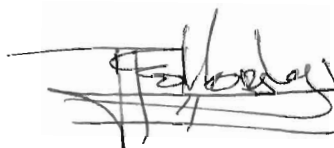
“Plan educacional proporcionado por el personal de salud  
a pacientes previo a la intervención quirúrgica”

Del cual como tutor y revisor nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

M. Napoleón Méndez R.  
Médico y Cirujano  
Col. No. 12345



Dr. Mario Napoleón Méndez Rivera  
TUTOR  
Firma y sello profesional



Dr. Juan Francisco Morales Jáuregui  
REVISOR  
Firma y sello profesional



***De la responsabilidad del trabajo de graduación:***

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

## DEDICATORIA

Agradezco **a Dios** por darme la vida, por guiarme siempre por un buen camino, por orientar mis decisiones, por salvaguardarme de todo lo malo, y darme la fuerza para seguir adelante, gracias Dios.

Agradezco **a mi madre** por siempre estar a mi lado, por su apoyo y comprensión, por ese amor verdadero, por cuidarme, por esos sacrificios que has hecho para ayudarme a alcanzar mis metas, gracias porque incluso en esos días de cansancio demostraste que siempre estás ahí.

Agradezco **a mi padre** por inspirarme a ser alguien cada vez mejor, por inculcarme buenos valores, impulsarme a seguir mis metas para poder llegar a esta instancia de mis estudios, por tu apoyo incondicional y ayudarme a lograr mis sueños, gracias por estar ahí siempre.

Agradezco **a mis abuelos**, por el cariño y amor incondicional que siempre me han dado, gracias por depositar su confianza en mí.

Agradezco **a mis hermanos** por haberme dado toda la ayuda posible se los agradezco mucho, por acompañarme a lo largo de estos años y siempre apoyarme.

Agradezco **a mis tíos, primos y demás familia** que siempre estuvieron apoyándome y gracias por confiar en mí y por su apoyo.

Agradezco **a mi novia**, por apoyarme siempre, por tu comprensión, por tus consejos, por darme esas palabras de aliento cuando más lo necesitaba, gracias por estar ahí.

**A mis amigos** porque siempre estuvieron pendientes de mí, gracias por acompañarme a lo largo de este camino y les agradezco la confianza que depositaron en mí.

**A la Universidad de San Carlos de Guatemala** por ser mi casa de estudios, y darme todas las facilidades para crecer.

Le doy gracias a Dios por la familia y amigos que me acompañaron día a día en este camino, Gracias a ustedes e llegado a ser el hombre que soy, y gracias a ustedes e logrado llegar hasta aquí, este logro lo comparto con ustedes.

***Diego Andrés Bolaños González***

## DEDICATORIA

A **Dios**, por cada bendición recibida, por ser mi guía y protección en cada paso de este camino y por darme la fortaleza y sabiduría para lograr mis metas hasta este día.

A mis **Padres**, Samara y Tono, por todo su amor, por su ejemplo de vida, su paciencia, su apoyo incondicional, por acompañarme cada día sin importar las dificultades, los amo con todo mi corazón y siempre les voy a estar agradecida, todo mi esfuerzo y dedicación es para ustedes.

A mis **Hermanos**, Tonito y Molly, por todo su cariño y su apoyo cada día. Trataré de ser siempre un buen ejemplo para ustedes. Los amo.

A mis **Abuelos**, Mary y Tuti, gracias por su ejemplo, por todo su amor y su ayuda incondicional. Los adoro y este logro va para ustedes.

A mi **Familia**, a mis tíos y primos, que siempre me animaron con su cariño a llegar a la meta, a los **amigos** con quienes cada día por cansado o difícil que fuera se llenaba de risas y buenos momentos, qué bendición haber compartido este viaje con ustedes, sé que cada uno de nosotros lleva dentro las ganas de mejorar el sistema nacional de salud, que tanto necesita nuestro país; y a todas las personas que encontré en el camino y que me acompañaron y me ayudaron a ser quien soy hoy.

A la **Universidad de San Carlos de Guatemala**, mi alma mater, al **Hospital San Juan de Dios y al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social**, donde encontré grandes maestros que son mi inspiración para ser una buena profesional, dispuesta a lograr lo mejor por mi país.

***Eva María Fión Cosillo***



## DEDICATORIA

Por tu amor inagotable, gracia sin fin y fortaleza en todo momento del camino, gracias por estar siempre conmigo y hacerme llamar tu hijo. Tienes mi vida y futuro en tus manos.

### DIOS

Al encontrarme en este momento de mi vida llegan a mi mente rostros de aquellos quienes en todo momento me dieron de su amor, apoyo, dirección y comprensión. **Mi madre** quien incondicionalmente estuvo conmigo dándome su amor desbordante, quien ha luchado por un sueño y hoy lo ve realizado. **Mi papá** quien sin haberlo pedido me dio todo cuanto pudo e hizo todo lo que estuvo a su alcance, por eso y más, esto es para vos. **Betty**, existe un lenguaje más allá de las palabras, ese utilizo para expresarte lo que siento, sin tu luz esto no sería posible. **Maribel** tu alegría, ánimo y cariño, sobre todo en los caminos, han hecho esta aventura divertida; gracias por estar allí. A mi hermano y hermanas, **Alan, Cesia, Andrea y Mery**, cada uno aporta en mi vida algo especial y única, me inspiran a soñar más. **Chato**, tu soporte en mi vida e interés, han hecho que mi formación sea integral; gracias porque a pesar de la distancia has estado presente siempre, este logro es tuyo también. **Judith**, su ejemplo y determinación para enfrentar la vida me han enseñado a que puedo lograr mi sueños, le agradezco su apoyo incondicional.

**CCEF** iniciamos juntos esta carrera, por estar presente en mi vida y ser siempre una motivación, he llegado al final. Gracias por hacerme sentir que se puede lograr los sueños.

**A mis primos y tíos**, ustedes quienes me han visto crecer y han formado parte de mi vida, gracias por confiar en mí.

**A mis amigos** quienes me alentaron siempre, a los que sin ser parte de mi familia sanguínea se convirtieron hermanos y hermanas para mí, gracias por su cariño y aliento.

A mi casa de estudios, **Universidad de San Carlos de Guatemala**, que gracias a ella me convierto hoy en un profesional al servicio de mi país y así poder dar lo mejor de mí a quienes lo necesitan.

**Luis Fernando Herrera**

## DEDICATORIA

Dedico esta tesis a **Dios**, por haberme dado la vida, por cuidarme hasta este momento, por iluminar día a día mi camino y por darme la sabiduría, inteligencia y comprensión necesaria para finalizar mi carrera.

**A mi madre**, Silvia García, por su esfuerzo y sacrificio, por ser un ejemplo de perseverancia, trabajo y dedicación, por su apoyo incondicional en cada etapa de esta carrera; gracias por ser la mejor madre que una hija puede desear. **A mi padre**, Mario Linares, porque este sueño fue y es de los dos, porque a pesar de la distancia, siempre estuviste conmigo apoyándome, por demostrarme que el trabajo duro tiene sus recompensas y por ser mi ejemplo a seguir ¡tu negrita más linda del mundo lo logro! Los amo papitos.

**A mis hermanos**, Mario y Hugo, porque siempre han estado junto a mí brindándome su apoyo y comprensión, por compartir conmigo mis alegrías y tristezas, por alentarme para no darme por vencida, los amo con todo mi corazón.

**A mi familia**, por creer en mí y brindarme su apoyo incondicional. A mi Scott, Hannah, Missi y Camila por estar conmigo en las largas horas de desvelo y siempre recibirme con una sonrisa y un beso.

**A mi novio**, Daniel Morales, porque a lo largo de estos cuatro años que hemos caminado juntos siempre me ha apoyado, gracias por ser parte de mi vida, de mis alegrías y fracasos, y por amarme incondicionalmente.

**A mis amigos**, por ser parte importante de mi vida, por ser más que mis amigos, mis hermanos, por siempre estar allí para mí y nunca abandonarme.

***Silvia María Linares García***

## DEDICATORIA

**A Dios** por ser Él quien da la vida y la sabiduría, porque gracias a Él es posible culminar esta etapa de la vida.

**A mi padre y a mi madre**, por la forma en que me criaron, por enseñarme que la vida sonríe sí uno hace las cosas con esfuerzo y por enseñarme a nunca rendirme aún cuando la vida esta cuesta arriba. Gracias por animarme y respetarme, por su apoyo diario, espero estén orgullosos de mí hoy porque es gracias a ustedes que hoy puedo vivir por mi mismo.

**A mis hermanos** por creer en mí, espero poder compartir este logro muchos años más con ustedes, **a mi abuelita**, gracias por tus consejos de toda la vida, se que desde el cielo estas sonriendo.

**A Silvia García y Mario Linares** gracias por su apoyo incondicional, por el cariño, y porque gracias a su hija nunca he caminado sólo.

**A mis profesores**, por esforzarse, preocuparse y entregar su conocimiento, espero un día poder enseñar como ustedes lo hicieron conmigo. Por último a todos los **amigos** que han estado conmigo a lo largo de esta carrera, siempre los llevo en el corazón.

*Daniel Alejandro Morales Marroquín*

## DEDICATORIA

**A Dios.** Por haberme pensado desde antes de nacer, por tener un propósito para mí. Porque cada parte de mi vida ha sido planeada en su perfección.

**A mi padre.** Sos mi amigo, apoyo, soporte y columna; el que me ha enseñado a ser fuerte y a esforzarme cada día por cumplir mi propósito. Sos mi héroe. **A mi madre.** Gracias, porque se que desde el cielo tu luz siempre esta brillando sobre mi y por haber sido el vaso y semilla plantada por Dios por la cual mis hermanas y yo hoy estamos floreciendo.

**A Mama Teco y Tía Lily.** Por haber decidido darme su amor de madre y por velar porque jamás nos hiciera falta nada. Son las mujeres más valientes, esforzadas y el mejor ejemplo de fortaleza en mi vida. **A mis hermanos.** Raquel, Laura, Isaac, Marcos y Ana Lucia, por haber sido mis primeros amigos y mi compañía. Por darme la dicha de sentir y conocer todo lo que solo entre hermanos se vive, pero principalmente por siempre creer en mí. Es por ustedes mi deseo de querer ser mejor cada día. **A mis abuelos.** Por recordarme que cada cosa pequeña de la vida cuenta y por enseñarme a vivir una vida plena y feliz sin importar si se tiene mucho o poco. **A mis tíos y tías.** Especialmente Carlos y Coty por brindarme su amistad siempre y a mis padrinos Joaquin y Alma por cumplir a cabalidad su rol de segundos padres.

**A Geraldo Ríos.** Por permitirme ser parte de este logro en tu vida y aceptar ser parte del mío. Gracias por recorrer conmigo un camino que sin lugar a dudas fue más fácil con tu amor, compañía, apoyo y confianza.

**A la familia Ríos Borrayo, Morales Ríos, Ruiz Pérez Reyes y Wilson Resler,** por siempre tener las puertas abiertas de su hogar para mí y hacerme sentir parte de su familia. **A mis amigos.** Especialmente con los que tuve la dicha de recorrer este camino, y culminar este escalón en la vida. Es un honor compartir este logro con ustedes.

**A la Universidad de San Carlos de Guatemala** y a los hospitales por donde tuve la oportunidad de rotar en las diferentes etapas de la carrera, por ser mi escuela; gracias por formarme como profesional y por ser mí segunda casa durante los últimos 6 años de mi vida.

***Sara Isabel Núñez Villalta***

## DEDICATORIA

**A Dios.** Porque ha me acompañado en todo este largo caminar y por ponerme en el camino correcto para servir a las personas y al mismo tiempo servirle a Él.

**A mi padre, Fredy Enrique Ríos.** Quien es poeta para algunos, maestro para otros, y ejemplo para muchos. Para mi todo eso y afortunadamente mi padre. Gracias por enseñarme que aunque el camino es largo y con muchos obstáculos uno debe levantarse todos los días y seguir adelante con convicción, incluso después de caer. Gracias viejo, este logro es por vos y para vos.

**A mi madre, Lidia Borrayo.** Quien me he hace sonreír con solo pensar en ella. Y que siempre ha sido para mí un ejemplo con su nobleza, humildad y su amor. Gracias por siempre estar ahí conmigo todos los días desde temprano con tus palabras de aliento y tus consejos.

**A mi hermana y mi cuñado, familia Morales Ríos.** Quienes son para mí un ejemplo de superación, de trabajo duro y esfuerzo. Gracias por abrirme las puertas de su hogar cuando lo necesité. Solo espero que algún día pueda llegar a ser como ustedes.

**A Sara Isabel Núñez.** Porque me ha demostrado que todavía se encuentran personas nobles y llenas de bondad en este mundo, que saben servir a Dios y a los demás sin esperar nada a cambio. Gracias por tu paciencia y por tu apoyo incondicional; por hacer de mis días algo extraordinario y sobre todo por hacer de mí un hombre feliz.

**A mis amigos.** Porque a pesar que el camino fue largo y duro, se hizo más fácil de recorrer con su compañía y todas sus bromas. Es un orgullo para mí alcanzar este logro junto a ustedes como mis colegas.

A la **Universidad de San Carlos**, a mi **Facultad de Ciencias Médicas** y al **Hospital General San Juan de Dios**, porque me abrieron sus puertas y son para mi como un segundo hogar. Y finalmente a todos **mis maestros**, porque me han brindado desinteresadamente todo ese valioso conocimiento que me ha hecho llegar hasta acá.

***Fredy Geraldo Ríos Borrayo***

## DEDICATORIA

A **Dios**, por ser mi fuerza y porque nunca me abandona en el camino de la vida. Todo lo que he logrado es gracias a él.

A **mi papá**, Marco Antonio Ruiz Paredes, porque fue mi inspiración para elegir esta carrera y mi ejemplo a seguir. Gracias por ser un papá dedicado y estar junto a nosotros.

A **mi mamá**, Angela Victoria Pérez de Ruiz, por su amor y apoyo incondicional en todos los momentos de mi vida. Es su gran amor por nosotros el que tiene junta a la familia el día de hoy.

A **mi abuelita** Roselia Reyes de Pérez, “Shesho” porque no es mi abuelita si no otra mamá para mí, porque ha sufrido mis penas y ha vivido mis alegrías, y yo sé que este logro es en gran parte gracias a ella por sus cuidados y enseñanzas. Gracias Rossell, Te amo.

A **mi tía** Miriam Judith Pérez Reyes, “Nena”, por ser mi mamá, mi confidente y mi amiga. No todos tienen la suerte de tener a la mejor tía del mundo.

A **mis hermanos** Oscar Ruiz y Angel Ruiz, por ser mis mejores amigos y compañeros en todas las aventuras de mi vida, los amo.

A **mis tíos** Angel María Reyes y Juan Antonio Reyes por ser como abuelos para mí.

A **mi bisabuelita** Angela Quiroa de Reyes, que hace 13 años se nos adelantó al cielo llevándose un pedacito de mi corazón, sé que desde el cielo me está viendo.

A **mis amigos** que en medio del estudio y el cansancio siempre lograron hacer felices todos mis días, no hubiera sido lo mismo sin ustedes, gracias por su compañía, amistad y apoyo, los quiero.

A **mi patria** Guatemala, a la cual pertenezco con orgullo.

A la **Universidad de San Carlos de Guatemala** por abrirme sus puertas y brindarme la educación que me permitió llegar a este día. Me siento muy orgullosa de ser egresada de esta casa de estudios.

***Myriam Mercedes Ruiz Pérez***

## DEDICATORIA

Logro que dedico **a Dios**, por darme el don de la vida y estar conmigo en cada paso durante todo este proceso de formación, por hacer de mí su herramienta y mejorarme como persona, por hacer que durante cada momento de mi carrera universitaria estuviera colmado de bendiciones.

**A mi madre** Ingrid Anelisse Castillo López, por tu amor incondicional, por estar conmigo siempre y formarme en lo que ahora soy, sos tú un gran ejemplo en mi vida, me enseñaste a luchar, mejorar y mantenerme firme en cada una de mis metas, gracias por tu ayuda, apoyo y comprensión, sos tu la mejor madre que Dios me pudo dar.

**A mi padre** Mario Ronaldo Villatoro Barillas, por tu amor, por ser ejemplo de sacrificio, trabajo y perseverancia, te agradezco papá por tu formación, por ser siempre mi apoyo incondicional, por formarme a tu semejanza, por dar tu ejemplo en mi vida y mantenerme firme en mis metas, sos tú el mejor padre que Dios me pudo dar.

**A mi hermana** Rocío Anneliese Villatoro Castillo, por darme su amor, por ser mi compañía y por brindarme su siempre, por ser ejemplo de mujer ejemplar y sustentarme en todo momento; su inmenso corazón y pureza siempre me hace bien, sepa que estoy para usted siempre.

**A mis abuelas y abuelos**, por darme a cada uno de mis padres y reflejar en ellos lo que se debe hacer para así ser alguien de bien en la vida, agradezco su sabiduría y todo su apoyo en este proceso, sé y estoy convencido que están conmigo siempre y comparten esta inmensa felicidad que hoy siento.

**A mi familia**, por estar siempre conmigo, por ser mis segundos padres en este proceso y brindarme su apoyo en todo momento, gracias por su confianza y apoyo incondicional, gran parte de este logro fue gracias a ustedes.

**A mis amigos**, puesto que son como bien dicen la familia que cada uno de nosotros escogemos, cada uno de ustedes han formado parte de este logro y les agradezco por acompañarme siempre en las adversidades y alegrías, han hecho de este tiempo una experiencia de vida inmejorable.

**A Huehuetenango**, por ser la tierra que me vio nacer y ser el lugar donde se sembró la semilla que hoy da uno de sus primeros frutos.

**A mi Alma Mater, Universidad de San Carlos de Guatemala, al Hospital General San Juan de Dios y al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social**, por llenarme de conocimiento, es un compromiso poner en práctica lo que ahora sé para así mejorar la patria.

***Rony Javier Villatoro Castillo.***

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Evaluar el plan educacional que reciben los pacientes postoperados previo a firmar la hoja de autorización del consentimiento informado a través de la información que posee sobre su patología quirúrgica, tratamiento, riesgos y beneficios, y por medio de estos determinar la satisfacción del paciente respecto a la información brindada. **POBLACIÓN Y METODOLOGÍA:** se realizó un estudio descriptivo prospectivo, por medio de entrevistas directas a pacientes postoperados, siendo la población total de 955 pacientes de los cuales 736 cumplieron criterios de inclusión en los hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante el 21 de abril al 1 de junio de 2014. **RESULTADOS:** De los 736 sujetos a estudio, el 67% de las cirugías realizadas corresponden a emergencias siendo estas en su mayoría de origen no traumático. Respecto a la escolaridad de los pacientes la mayoría es de primaria o nivel medio. De acuerdo a la información de su enfermedad 94.70% de los pacientes entrevistados recibió información sobre esta previo a ser operado, de estos 71.47% conocía el nombre de su enfermedad, el 93.48% de los entrevistados conoce el área u órgano afectado de su cuerpo; el 74.05% de los pacientes respondieron que no conocían el nombre del procedimiento quirúrgico que se le realizó. Respecto a las alternativas terapéuticas del paciente, 47.83% refirieron haber recibido información, 32.74% y 41.58% recibió información sobre los riesgos y beneficios de su tratamiento, respectivamente. A pesar de que los pacientes recibieron información deficiente, la mayoría se muestran satisfechos con el plan educacional proporcionado. **CONCLUSIONES:** Un alto porcentaje de los entrevistados refirió haber recibido información sobre su enfermedad, previo a firmar la hoja de autorización del consentimiento informado. Respecto a las alternativas terapéuticas, los riesgos y beneficios de la cirugía realizada muestran cifras menores del 50%, a pesar de estas cifras los pacientes refirieron estar satisfechos con la información y el trato recibido durante su estancia hospitalaria.

**PALABRAS CLAVE:** Plan educacional, Postoperado, Satisfacción.



## ÍNDICE

	<b>Página</b>
1. Introducción.....	1
2. Objetivos.....	3
2.1 Objetivo general.....	3
2.2 Objetivo específico.....	3
3. Marco teórico.....	5
3.1. Plan educacional.....	5
3.1.1. Educación en los períodos operatorios.....	7
3.1.2. Educación preoperatoria.....	8
3.2. Efectos de la educación preoperatoria.....	10
3.3. Relación médico paciente.....	11
3.3.1. El enfermo.....	12
3.3.2. El médico.....	12
3.3.3. La relación clínica.....	13
3.4. Consentimiento informado.....	13
3.4.1. Definición.....	13
3.4.2. Requisitos del consentimiento informado.....	14
3.4.2.1 Voluntariedad.....	15
3.4.2.2 Información.....	15
3.4.2.3 Comprensión.....	16
3.5. Satisfacción del paciente.....	17
4. Población y métodos.....	19
5. Resultados.....	27
6. Discusión.....	33
7. Conclusiones.....	35
8. Recomendaciones.....	37
9. Aportes.....	39
10. Referencias bibliográficas.....	41
11. Anexos.....	45
11.1. Anexo 1. Boleta de recolección de datos.....	45
11.2. Anexo 2. Boleta de consentimiento informado.....	48
11.3. Anexo 3. Hojas de autorización de los hospitales a estudio.....	50
11.4. Anexo 4. Presentación de resultados.....	54

## 1. INTRODUCCIÓN

Se define como plan educacional a la educación del paciente relacionada con el control y seguimiento de la enfermedad que padece, así como las medidas preventivas tanto para él, su familia y la comunidad donde se desenvuelve, para apoyo y ayuda en el tratamiento del mismo, a fin de prevenir posibles complicaciones, secuelas y riesgo de contagio.(1)

El fin último del plan educacional es provocar en los pacientes una reacción que conduzca a la comprensión y cumplimiento del plan terapéutico prescrito. Se deben considerar diferentes factores, que pueden ser una limitación para que éste sea adecuado; tanto por parte del médico, como por parte del entorno social del paciente. Dentro de éstos podemos mencionar el lenguaje, la etnia del paciente, la experiencia del médico tratante y el tiempo disponible que puede ser dependiente de la cantidad de pacientes, etc. (2,3)

A pesar que las técnicas quirúrgicas se han ido modificando y desarrollando para suponer un menor riesgo para la vida, una intervención quirúrgica sigue siendo un acontecimiento estresante en la vida de cualquier individuo. Existe un estudio que correlaciona la cantidad de información preoperatoria otorgada con el nivel de cooperación al momento de la inducción de la anestesia y de un aumento en la mejoría de los índices de recuperación postquirúrgica. (4,5)

El consentimiento informado, es la aceptación de una intervención médica por un paciente, en forma libre, voluntaria, consciente, después que el médico le haya informado de la naturaleza de la intervención con sus riesgos y beneficios, así como de las alternativas posibles de tratamiento; es necesario contar con información suficiente y adecuada, encontrarse libre para decidir de acuerdo a sus propios valores y ser competente para tomar la decisión en cuestión, sin embargo, muchas veces el médico residente no tiene el tiempo necesario para dar un respectivo plan educacional de calidad al paciente que será sometido a cirugía, por tal motivo es el médico el que asume la responsabilidad de desempeñar este rol; siendo estos los de menor experiencia clínica porque se encuentran en la etapa de consolidación del conocimiento. (3,6)

A pesar de que a nivel nacional existen pocos estudios sobre el tema, los resultados obtenidos en esta investigación no muestran mejoría en el proceso de educación del paciente sobre su enfermedad ni los distintos aspectos de su tratamiento quirúrgico en los últimos 15 años. Estudios internacionales enfatizan que en la relación médico-paciente, el clínico debe tener además de un conocimiento científico bien fundamentado, la experiencia clínica para entablar una adecuada comunicación y empatía con sus

pacientes, estos aspectos no se cumplen de manera integral en los hospitales nacionales evaluados ya que no se informa adecuadamente al paciente sobre su enfermedad y tratamiento y la población que atiende se muestra satisfecha con la información y el trato recibidos por mantener bajas expectativas del servicio. (3)

Para este estudio se plantearon las siguientes interrogantes: ¿Es adecuado el plan educacional que reciben los pacientes postoperados previos a firmar la hoja de autorización del consentimiento informado?, ¿Reciben los pacientes postoperados plan educacional previo a firmar la hoja de autorización del consentimiento informado?, ¿Qué información tienen los pacientes postoperados sobre su patología quirúrgica?, ¿Reciben los pacientes postoperados información sobre su tratamiento, riesgos y beneficios de su intervención quirúrgica?, ¿Están satisfechos los pacientes con el plan educacional que recibieron?.

La base de datos que se generó a partir de estas interrogantes proporciona información actual sobre la calidad de plan educacional ya que existen pocos estudios sobre el tema. Esta información también podrá ser utilizada como base para nuevos estudios que deseen evaluar más a fondo la manera en la que se está brindando el plan educacional y las razones de sus posibles fallas además de que la ausencia de plan educacional debilita la defensa en actos legales por lo que detalla que es de suma importancia que el encargado de brindar el mismo tenga el conocimiento adecuado e invierta el tiempo mínimo necesario en beneficio de ambas partes. (7)

Dentro del estudio se incluyó a 736 pacientes, de los cuales el 94.70% de los pacientes entrevistados recibió información sobre su enfermedad previo a ser operado, de estos 71.47% conocía el nombre de su enfermedad, el 93.48% de los entrevistados conoce el área u órgano afectado de su cuerpo; el 74.05% de los pacientes respondió que no conocían el nombre del procedimiento quirúrgico que se le realizó. Respecto a las alternativas terapéuticas del paciente, el 47.83% refirió haber recibido información, 32.74% y 41.58% recibió información sobre los riesgos y beneficios de su tratamiento, respectivamente. A pesar de que los pacientes recibieron información deficiente, la mayoría se muestran satisfechos con el plan educacional proporcionado.

Con los datos obtenidos se incentivó a las autoridades pertinentes a mejorar el plan educacional en sus instituciones. Se pretende concientizar al personal de salud de los distintos hospitales sobre la importancia de éste debido a las implicaciones que tiene en la recuperación del paciente y la eficiencia del proceso hospitalario.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. General**

Evaluar el plan educacional que reciben los pacientes postoperados previo a firmar la hoja de autorización del consentimiento informado a través de la información que posee sobre su patología quirúrgica, tratamiento, riesgos y beneficios, en los servicios de cirugía y emergencia de los hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt.

### **2.2. Específicos**

#### **2.2.1. Determinar:**

**2.2.1.1.** Si los pacientes postoperados reciben plan educacional previo a firmar la hoja de autorización del consentimiento informado.

**2.2.1.2.** Si los pacientes postoperados tienen información sobre su patología quirúrgica:

- Nombre de la enfermedad.
- Área del cuerpo afectada.
- Procedimiento quirúrgico realizado.

**2.2.1.3.** Si los pacientes postoperados reciben información sobre lo su tratamiento quirúrgico:

- Alternativas terapéuticas.

**2.2.1.4.** Si los pacientes postoperados reciben información sobre los riesgos y beneficios de su intervención quirúrgica.

**2.2.1.5.** Si los pacientes postoperados están satisfechos con el plan educacional recibido, en los siguientes aspectos:

- Información recibida.
- Tiempo que se les dedicó para éste.
- Trato proporcionado.
- Lenguaje utilizado.



### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Plan educacional

El término “plan”, indica una sucesión preconcebida y ordenada de actos o ideas orientadas hacia la mejor obtención de un objetivo específico estipulado; el término “educacional” es propio de la educación o relativo a ella. Fue el médico inglés Lawrence Weed en su “Registro médico orientado por problemas” quien encasilló esta parte del abordaje científico de la enfermedad denominándole, Plan Educacional. (8)

Se define como plan educacional a la educación del paciente relacionada con el control y seguimiento de la enfermedad que padece, así como las medidas preventivas tanto para él, su familia y la comunidad donde se desenvuelve, para apoyo y ayuda en el tratamiento del mismo, a fin de prevenir posibles complicaciones, secuelas y riesgo de contagio. (1)

Plan educacional se conoce a la parte del análisis científico que el médico asigna a su acción para dar al paciente una información lo más exacta, concreta y sencilla acerca de lo que este piensa y cree sobre la entidad que padece. No se trata de la emisión de un criterio diagnóstico o terapéutico sino de la caracterización del aspecto humano-racional de la relación con el paciente, ya que es mediante ésta como el médico intercambia o transmite su conocimiento. (8)

La importancia de una educación y el entendimiento de las enfermedades agudas y crónicas; y a su vez los factores de riesgo, generarán una disminución de la morbimortalidad a largo plazo. La educación del paciente cumple con varias finalidades: mejorar el control, social y emocional, proporcionando una valiosa contribución a su calidad de vida. El tratamiento de la mayor parte de las patologías debe ser abordado contando con la participación del propio paciente en la gestión del proceso salud-enfermedad. Esta participación implica la necesidad de conocimientos que el paciente debe tener sobre su enfermedad o condición clínica.(4,9)

La información clínica que se proporciona al paciente o usuario de un servicio de salud puede contribuir al mejor desarrollo del proceso asistencial, mejorar la relación entre los sanitarios y aquél y, por tanto, influir en la calidad del servicio. Esta

información, que ha de ser proporcionada al paciente (salvo excepciones recogidas por la norma), incluye la finalidad de la intervención, los riesgos y su naturaleza. Además, ha de ser real, comprensible para el destinatario y adecuada a sus circunstancias personales y sociales. (10)

La cirugía favorece la aparición de ansiedad, angustia e impotencia, tanto en el paciente como en el familiar que en su caso acuda como acompañante. Estas sensaciones irán en aumento si no existe una buena información por parte del equipo que lo atiende, referente a su estado de salud, posible enfermedad y al tratamiento que debe seguir. Cuando éste supone una intervención quirúrgica de urgencia, la repercusión emocional para las personas implicadas aumenta, esto puede estar producido por varios factores, pero una explicación insuficiente no acorde con las necesidades del paciente o una inadecuada comprensión por parte del mismo, desembocará en un aumento del estrés preoperatorio que influirá negativamente en el proceso quirúrgico. (9,11)

Muchas personas por razón de la enfermedad que padecen o por circunstancias que puedan derivar de situaciones de emergencia se ven en la necesidad de acudir al servicio de urgencias de un centro sanitario. Al ser esta una situación de urgencia, la información estará determinada por el estado de salud del paciente, su situación clínica y la intervención médica que precise, información que deberá de proporcionar el médico o personal encargado aclarando las dudas que tenga el paciente y explicando el diagnóstico y tratamiento que precise con sus respectivas alternativas.(10)

El plan educacional busca un compromiso del paciente y de familiares para cumplir un plan diagnóstico y un plan terapéutico, que busque siempre el bien en la solución de los problemas de salud. El Plan Educacional debe rodearse de un gran humanismo con una actitud ética ante los diversos fenómenos vitales del ser humano, con respecto a los derechos y deberes de este último. Estimular siempre la retroalimentación en este proceso respondiendo a toda pregunta que tenga el paciente o sus familiares. También debemos verificar con nuestras preguntas si se ha entendido bien dicho Plan. Se debe establecer un diálogo entre médico, paciente y familiares y viceversa. (12,13)

### 3.1.1. Educación en los períodos operatorios

Todo paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente atraviesa por tres fases integradas que implican un aprendizaje psicofisiológico. Para él la *primera fase* está enfocada a la valoración preoperatoria y preparación para la cirugía; la *segunda* comprende el procedimiento operatorio propiamente dicho y la *tercera* es la recuperación postoperatoria. El término peri operatorio es global e incorpora la experiencia total del paciente quirúrgico, es decir antes de la operación, durante ella y la fase ulterior a la intervención (fases preoperatorio, intraoperatoria y postoperatoria). (13)

Cada una de las fases comienza y termina en un momento preciso de una sucesión de hechos que constituyen la experiencia quirúrgica e incluye conductas y actividades asistenciales muy diversas. (13)

- El período preoperatorio inicia cuando se dice que el paciente necesita someterse a cirugía. Este periodo se puede extender de unos pocos minutos que toma llevar al paciente con trauma a la sala de operaciones, en este lapso de tiempo, se explica al paciente su enfermedad, procedimiento quirúrgico que se realizará, y los riesgos y beneficios del mismo.(14)
- *El* periodo peri operatorio de manera sencilla es el cuidado médico, o es la preparación del paciente para la cirugía y una rápida recuperación posterior. (14)
- *El* periodo posoperatorio comienza con la admisión del paciente a la zona de recuperación, que puede ser una sala de recuperación o una unidad de cuidados intensivos, luego el cirujano da de alta al paciente dando información sobre los cuidados postoperatorios, tratamiento y se indica la próxima cita; este período termina a los 30 días posteriores a la cirugía. (14)

Cualquier intervención quirúrgica va precedida de alguna forma de reacción emocional, sea manifiesta u oculta, normal o anormal. Cualquiera que sea la magnitud de la misma, ocasiona al paciente y a su familia, una serie de alteraciones en su comportamiento, presentado gran ansiedad y temor que



se manifiesta de diferentes maneras, pues la personalidad del paciente influye bastante en el grado de ansiedad, depresión, temor, aceptación y adaptación. Los individuos difieren en su habilidad para enfrentarse a situaciones de tensión; la cultura, la religión y los factores socioeconómicos modifican la interpretación del paciente hacia la enfermedad y hacia una operación inminente. (13)

### **3.1.2. Educación preoperatoria**

La adecuada información preoperatoria disminuye la ansiedad del paciente facilitando su recuperación y disminuyendo la estancia hospitalaria. Algunos estudios demuestran que aquellos pacientes que recibieron una muy detallada información preoperatoria experimentaron mayores niveles de ansiedad y tuvieron una recuperación de la cirugía más lenta y complicada. Sin embargo, otros autores han señalado que dicha información detallada no incrementa la ansiedad del paciente y es aquí donde pueden jugar un papel importante los profesionales de la salud, constituidos como un equipo y encaminados a informar de manera clara y adecuada a cada uno de los pacientes como individuos que sufren física y psicológicamente. El paciente que se exponga a una información preoperatoria adecuada, estará prevenido ante las consecuencias desagradables de la cirugía y tendrá un mayor nivel de confianza en el personal que le atiende, facilitando su proceso hospitalario. (9)

Con el pasar de los años, se ha evidenciado con varios estudios que en Guatemala, el proceso descrito no es el adecuado: Existen deficiencias en el respeto y consideración al paciente así como en la calidad y cantidad de información que se proporciona con respecto a su enfermedad y tipo de tratamiento. Como ejemplos se tienen los estudios: en 1992, en las clínicas familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC) que evidenció que un 30% de los pacientes no recibió información sobre su enfermedad, un 65% no recibió información sobre medidas preventivas y un 69% no recibieron información sobre dieta, pronóstico de la enfermedad ni cita control. (2)

En 1999, otro estudio que evaluó el plan educacional en pacientes post operados en el Hospital General San Juan de Dios mostró que el 80.3% conocían la operación que se le efectuó, de los pacientes que recibieron información sobre su diagnóstico y la operación realizada, al 61.4% no se le explicó la causa de su enfermedad y el 70.8% no recibió información sobre medidas de prevención y apoyo y sólo el 40% de los pacientes incluidos en el estudio estuvo conforme con el tiempo que los galenos dedicaron a darle información sobre su patología. (3)

Actualmente, el consentimiento informado ha reemplazado la antigua noción de “el médico sabe mejor” con una relación médico-paciente más colaborativa. Los pacientes por medio de este, esperan ser informados del riesgo de las intervenciones quirúrgicas. La comunicación como se ha mencionado es un componente clave especialmente en los casos en que los pacientes deben considerar los riesgos y beneficios de una intervención quirúrgica y la calidad de atención al paciente. Por otro lado, parece ser que aunque algunos pacientes aceptan este espíritu colaborador, no todos pueden estar interesados en encargarse completamente de sus decisiones médicas y algunos prefieren que el mismo médico sea el encargado de tomar estas decisiones. (15)

El objetivo más importante del consentimiento informado, es informar efectivamente a los pacientes acerca de las recomendaciones y razonamiento del médico y ayudar al paciente a tomar una decisión final acerca de su salud. Este proceso involucra la discusión de varios elementos incluyendo la naturaleza de la intervención propuesta, la duración de la estancia hospitalaria y de otras alternativas terapéuticas, los riesgos, beneficios y complicaciones relacionadas a cada alternativa. El médico debe dirigirse a los pacientes en un mismo nivel de comprensión de manera que al final logre satisfacer las necesidades del individuo y asegurarse de que todas sus preguntas hayan sido respondidas. Finalmente, debe estar claro que los pacientes pueden cambiar de opinión sobre el procedimiento en cualquier momento. (15)

La información sobre el procedimiento en el que se solicita el consentimiento puede ser entregada de formas orales, escritas o ambas. Cualquiera de estas opciones tiene ciertas ventajas y desventajas. Los documentos presentan información compleja que es difícil de comprender para los pacientes y la información verbal es difícil de recordar. Los expertos en ética consideran que firmar un formulario no es equivalente a un verdadero consentimiento informado ya que éste es un diálogo entre el médico y su paciente. El firmar un formulario promueve el proceso de diálogo y ayuda a asegurar que el paciente ha hablado con su médico y está de acuerdo en su proceso curativo. (15)

En un plan educacional y un consentimiento informado verdaderamente exitoso, los pacientes entienden por completo el procedimiento a realizar y conocen sus derechos y responsabilidades. De cualquier manera, el tipo y la cantidad de información que se debe comunicar a los pacientes ha sido cuestionada y muchos creen que demasiada información podría aumentar la ansiedad del paciente en la fase preoperatoria. Para procedimientos de bajo riesgo los médicos podrían no informar al paciente en detalle, pero el consentimiento informado sigue siendo un requisito. (15)

### **3.2. Efectos de la educación preoperatoria**

El profesional de la medicina toma continuamente decisiones que influyen en mayor o menor grado en la calidad y en la duración de la vida de los pacientes, por lo tanto es importante mantener siempre una buena comunicación con ellos. (16)

Existe una amplia variedad de beneficios en la educación operatoria, según varios estudios revisados, la educación pre-operatoria tiene resultados positivos en el bienestar del paciente post-quirúrgico, las intervenciones psicoeducacionales anteriores a la intervención quirúrgica ayudan a reducir la ansiedad pre y post-operatoria, reducen el dolor causado por la cirugía, incrementa el conocimiento del paciente acerca de su proceso, mejoran su seguimiento del tratamiento posterior, disminuyen la duración de la estancia hospitalaria e incrementan la satisfacción del paciente. (7,17)

La operación quirúrgica generalmente es percibida por el paciente como un reto a la existencia normal. La importancia de dicho reto depende tanto de la magnitud de la intervención proyectada, como de los resultados inesperados del proceder quirúrgico, como podría ser la amputación o la desfiguración. La lesión aguda produce una intensa reacción de ansiedad, ya que no hay tiempo para la preparación psíquica, mientras que una operación necesaria en el transcurso de una enfermedad crónica, puede ser vista como una experiencia positiva. (8)

La reacción a las intervenciones quirúrgicas, varía según se perciba la amenaza como un problema distante o inmediato o como una experiencia pasada. El miedo y la inquietud son máximos en el momento de la operación y pueden darse reacciones de víctima. En estas fases pueden ocurrir muchos tipos de reacción según sea la magnitud del acto quirúrgico, la personalidad del paciente y su nivel cultural, he ahí la importancia de un adecuado plan educacional que alcance todos los ideales de información ya descritos. (8)

Muchos enfermos no han tenido antes experiencia personal de estar en hospitales u operaciones, independientemente de las condiciones del servicio de salud al que acudan, y necesitan ser informados sobre los acontecimientos que experimentarán tanto en el hospital como en el quirófano. Las explicaciones de este tipo son positivas para el paciente y además indican el interés e inquietud del cirujano. El paciente puede mostrarse tímido para interrogar sobre la operación propuesta por parecer “ignorante” a la figura de autoridad que el médico representa de tal manera que el trabajo de preparación preoperatoria es de vital importancia para adaptar al enfermo a situaciones de estrés y condicionar su respuesta, lo cual se puede lograr con una fase anticipada adecuadamente apoyada por parte del personal médico tratante. (8)

### **3.3. Relación médico paciente**

La relación que establecen un médico y un enfermo, durante el proceso de enfermedad es de extremada importancia. Es una relación rica y compleja, que influye en el curso de la enfermedad, en la eficacia del tratamiento y tiene por sí misma un valor curativo. (18)

La relación médico-paciente era tan natural en la práctica de la medicina que no se hablaba de ella. No se escribía. Se consideraba un hecho su existencia como base del trabajo del médico con el enfermo, principio de lo que después se describió como el encuentro de una conciencia con una confianza. La relación de confianza entre dos seres humanos ha sido capaz de lograr muchas curaciones. (19)

La medicina era más sencilla, los recursos del médico para atender al enfermo estaban más en sus capacidades personales, en su relación con el enfermo, que en los recursos externos, llámese implementos de tecnología para el diagnóstico, medicinas más eficaces y otros procedimientos de tratamiento que la ciencia y la tecnología moderna han puesto en manos del médico. Se comienza a hablar de la relación médico-paciente cuando se empieza a sentir con alarma que se está perdiendo. Con el avance de la ciencia y tecnología el acto médico empieza a depender en gran parte del uso de métodos más eficaces de diagnóstico y tratamiento y parecería que la presencia curadora del médico deja de tener importancia. (19)

En las últimas décadas del siglo XX la forma de relacionarse de los médicos y los enfermos cambió más que en los veinticinco siglos anteriores. El paso del modelo paternalista al autonomista supuso una transformación con escasos precedentes históricos. La evolución de este fenómeno a lo largo del tiempo afectó a los tres elementos involucrados (19):

### **3.3.1. El enfermo**

Que tradicionalmente había sido considerado como receptor pasivo de las decisiones que el médico tomaba en su nombre y por su bien, llegó a finales del siglo XX transformado en un agente con derechos bien definidos y amplia capacidad de decisión autónoma sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se le ofrecen, pero ya no se le imponen. (20)

### **3.3.2. El médico**

Padre sacerdotal (como correspondía al rol tradicional de su profesión) se fue transformando en un asesor técnico de sus pacientes, a los que ofrece sus

conocimientos y consejos, pero cuyas decisiones ya no asume. (20)

### **3.3.3. La relación clínica**

La relación debe de ser bipolar, de ser vertical e infantilizante, se fue colectivizando con la entrada en escena de múltiples profesionales sanitarios, y se fue horizontalizando hasta adaptarse al tipo de relaciones propias de sujetos adultos. (20)

## **3.4. Consentimiento informado**

### **3.4.1. Definición**

El consentimiento informado se entiende como la aceptación por parte de un enfermo competente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de tener la información adecuada para implicarse libremente en la decisión clínica. (21)

Es la aceptación racional de una intervención médica o la elección entre recursos alternativos posibles, en otras palabras: Consentimiento Informado es la aceptación de una intervención médica por un paciente, en forma libre, voluntaria, consciente, después que el médico le haya informado de la naturaleza de la intervención con sus riesgos y beneficios, así como de las posibles alternativas. (21, 22)

Según el consentimiento informado, para la intervención médica de un paciente, en forma libre, voluntaria, consciente, después que el médico le haya informado de la naturaleza de la intervención con sus riesgos y beneficios, así como de las alternativas posibles de tratamiento, es necesario contar con información suficiente y adecuada, encontrarse libre para decidir de acuerdo a sus propios valores y ser competente para tomar la decisión en cuestión (21).

El Manual de Ética de 1984 de la Asociación Médica Americana sostiene que “consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de la enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos

recomendados, para a continuación solicitarle su consentimiento para ser sometido a esos procedimientos". (23)

Dentro del consentimiento informado, existen varios requisitos básicos dentro de los cuales podemos encontrar: libertad, competencia e información suficiente. Por lo tanto, tiene que entenderse como fruto de la relación clínica, siempre basada en dos pilares insustituibles e inconfundibles: la confianza y el proceso de información más o menos complejo. Tendría que favorecer la comprensión del procedimiento propuesto, decir en qué consisten, las alternativas posibles, la oportunidad y los resultados esperados (con beneficios, secuelas y riesgos), con el fin de llegar a una decisión, ya sea de elección, de aceptación o de rechazo. (24)

Los Estados Unidos de América se mantiene como el país de origen del consentimiento informado, en donde el objetivo inicial era asegurarse de la dignidad y correcta independencia del paciente de reservarse en el momento de la toma de decisiones y la elección de las opciones médicas. (25)

### **3.4.2. Requisitos del consentimiento informado**

Hay razones teóricas para sostener las obligaciones del consentimiento informado: O'Neill sostiene que éste permite asegurarse razonablemente de que un paciente o un sujeto que participa en una investigación biomédica no ha sufrido engaño, ni coerción. La práctica de realizar un consentimiento informado protege de este tipo de abusos a los pacientes y a los sujetos participantes de investigaciones. (26)

También el consentimiento informado responde a la convicción de que la autoridad en la toma de decisiones médicas debe recaer en los pacientes competentes, y significa la convicción moral del respeto a la autonomía de las personas.(26)

Estas razones, la protección contra el engaño y la coerción, así como el respeto a la autonomía para tomar decisiones por parte de una persona competente, hacen recomendable la implementación de la práctica del Consentimiento Informado. (26)

Este debe reunir al menos tres requisitos que son:

### **3.4.2.1. Voluntariedad**

Los sujetos deben decidir libremente someterse a un tratamiento o participar en un estudio sin que haya persuasión, manipulación ni coerción. El carácter voluntario del consentimiento es vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de autoridad o no se ofrece un tiempo suficiente al paciente para reflexionar, consultar o decidir. (27)

Un médico puede hacer recomendaciones terapéuticas firme y reiteradamente sin que ello signifique coaccionar al paciente. La coerción involucra una amenaza explícita ó velada. Por ello es importante que los pacientes tengan claro que son libres para rechazar el tratamiento recomendado, seleccionar un tratamiento alternativo, incluso buscar otro médico que los atienda, de lo contrario podrían pensar que no tienen otra opción más que aceptar lo que su médico propone. (26)

### **3.4.2.2. Información**

Debe ser comprensible y debe incluir el objetivo del tratamiento o del estudio, su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de rechazar el tratamiento o estudio una vez iniciado en cualquier momento, sin que ello le pueda perjudicar en otros tratamientos. El intercambio comunicativo entre ambos (profesional – paciente), basado en la confianza, ampliará las posibilidades de comprensión de los resultados del tratamiento por parte del paciente. (27)

Asimismo habrá que tener en cuenta a los pacientes que no quieren tener información acerca de su enfermedad, y/ó prefieren que las decisiones médicas sean tomadas por algún familiar ó sus cónyuges. (26)

Dado que un paciente puede llegar a cambiar de opinión a medida que progresa su enfermedad, el consentimiento informado debería entenderse como un proceso de diálogo durante la totalidad de la



relación médico-paciente y no como un mero formulario que se firma a la entrada a la clínica. (26)

### **3.4.2.3. Comprensión**

Es la capacidad de comprender que tiene el paciente que recibe la información. (27)

El médico debe abordar al paciente de acuerdo a su nivel de comprensión y debe proveer la información de manera que logre satisfacer las necesidades del individuo y asegurarse de que todas sus dudas hayan sido respondidas. Finalmente debe estar claro que los pacientes pueden cambiar de opinión en cualquier momento (27)

Para que el consentimiento informado sea válido, es necesario que el paciente actúe en forma voluntaria, sin persuasión, manipulación o coacción, además de ser una persona competente para tomar una decisión, teniendo la capacidad en ese momento de comprender la información, asumir según su escala de valores y prever las consecuencias.(27)

La falta de competencia juega un papel clave para establecer qué intervenciones contra la voluntad del paciente están moralmente justificadas. Asimismo, habrá que tener en cuenta que hay pacientes que pueden ser competentes para la toma de decisiones sencillas, y al mismo tiempo no serlo para decidir opciones complejas. Cuando un paciente no es competente para decidir acerca de su tratamiento, una alternativa es nombrar a un representante legal, quien será el encargado de tomar decisiones médicas en su nombre. (26)

Como parte del consentimiento informado, el proveedor de atención médica debe explicar lo siguiente:

- Qué se hará
- Por qué lo necesita (beneficios de la cirugía)
- Riesgos de la cirugía
- Riesgos de no recibir ningún tipo de tratamiento
- Otras opciones de las que dispone el paciente (28)

### 3.5. Satisfacción del paciente

La evaluación de la satisfacción de los pacientes hospitalizados es reconocida cada vez más como una componente principal de la gestión de la calidad. La mejora de la calidad, el análisis comparativo de la eficiencia hospitalaria y la búsqueda de responsabilidad son algunas de las razones que llevan a los hospitales a medir la satisfacción de sus pacientes. Esta satisfacción del paciente es entendida como un componente de la calidad de los servicios de salud que refleja la habilidad de los profesionales para identificar las necesidades y expectativas de sus pacientes. (29)

La satisfacción y su evaluación son elementos importantes a la hora de analizar la gestión de los servicios de salud. A pesar de los problemas existentes a la hora de delimitar el concepto de satisfacción y las dificultades que existen en su medida, se trata de un término habitualmente empleado. (29)

La evaluación de la satisfacción del paciente forma también parte del proceso de prevención y como tal permite identificar las disfunciones existentes en la organización, así como contribuir al impulso de la mejora de la calidad. (29)

Se afirma que existe una relación entre la satisfacción del paciente y los resultados clínicos, de forma que un elevado grado de satisfacción permite una mejor relación entre el paciente y el profesional de la salud. La selección de los servicios de salud, por parte de los clientes, es un indicador objetivo en la satisfacción de dichos servicios. Si bien, no debemos olvidar que los servicios de salud son multidimensionales y muchos de los medios empleados para medir la satisfacción muestran las preferencias relativas de los consumidores ante diferentes atributos. Además, debemos tener en cuenta que no siempre el paciente tiene disponibilidad económica, de tiempo o de información para decidir el servicio al cual acudir. (29)

Después de revisar los distintos conceptos de satisfacción, estudios concluyen que existen tres componentes comunes en la mayor parte de investigaciones: primero, la satisfacción del consumidor es una respuesta, un juicio emocional o cognitivo; segundo, la respuesta se refiere a un foco específico y, por último, la respuesta se encuentra ligada a un momento específico, como por ejemplo, antes de la adquisición de un bien, tras su adquisición o después de la experiencia del servicio. En la

presente investigación, consideramos la satisfacción como un juicio emocional y cognitivo que sucede después de que el paciente reciba el servicio quirúrgico. (29)

La diferencia entre calidad y satisfacción indicando que debe entenderse la calidad como la percepción actual del cliente sobre el rendimiento de un bien o servicio, mientras que la satisfacción se basa no solamente en la experiencia actual, sino también en experiencias pasadas y en experiencias futuras, anticipadas por el juicio del cliente en virtud de sus experiencias acumuladas junto a la proyección de sus propias expectativas. (29)

## **4. POBLACIÓN Y MÉTODOS**

### **4.1. Tipo y diseño de la investigación**

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal.

### **4.2. Unidad de análisis**

**4.2.1.** Unidad primaria de muestreo: pacientes de los servicios de cirugía electiva y de emergencia de los hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt.

**4.2.2.** Unidad de análisis: respuestas obtenidas durante la entrevista directa al paciente con el instrumento de recolección de datos.

**4.2.3** Unidad de información: pacientes postoperados de 18 años o mayores y de ambos sexos que se encontraron en los servicios de cirugía electiva y emergencia de los hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante el tiempo que duró la investigación.

### **4.3. Población**

Paciente hombre y mujer, de 18 años o mayor en los servicios de emergencia y cirugía general en los hospitales a estudio a quienes se les realizó intervención quirúrgica y que aceptaron participar voluntariamente con la entrevista.

### **4.4. Selección de los sujetos de estudio**

Se realizó entrevista a todo paciente hombre y mujer, de 18 años o mayor postoperado, excluyendo aquellos con alteración de conciencia por patología o intoxicación, pacientes con alta contraindicada, pacientes con trastornos de la comunicación, pacientes con alteración conductual y con deficiencias mentales, pacientes menores de 18 años, pacientes que se nieguen a participar al estudio, pacientes con barrera lingüística y pacientes egresados el mismo día por cirugía ambulatoria.

#### 4.5. Operacionalización de las variables

Nombre de la variable.	Definición conceptual.	Definición operacional.	Tipo de variable.	Escala de medición	Criterios de clasificación
<b>Plan educacional</b>	Educación brindada al paciente relacionada con el control y seguimiento de la enfermedad que padece, así como las medidas preventivas para él, la familia y la comunidad donde se desenvuelve, para apoyo y ayuda en el tratamiento del mismo, a fin de prevenir posibles complicaciones, secuelas y riesgo de infección	Durante la entrevista se preguntó al paciente si recibió o no información sobre su patología quirúrgica, el tratamiento quirúrgico, los riesgos y beneficios del procedimiento, previo a firmar la hoja de consentimiento informado.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si o No recibió información
<b>Información de la patología quirúrgica</b>	Rama de la medicina que se enfoca en las enfermedades del ser humano y los síntomas asociados a una determinada dolencia o padecimiento que requieren un procedimiento quirúrgico para su curación.	Se evaluó al entrevistar al paciente con las preguntas ¿Conoce el nombre de su enfermedad?, ¿Conoce el área del cuerpo afectada? y ¿Conoce el procedimiento quirúrgico que se le realizó? Si la respuesta fue afirmativa, se les preguntó ¿Cuál es? La respuesta se comprobó con lo descrito en la nota operatoria del expediente clínico.	Cualitativa dicotómica.	Nominal.	Si o no recordó la información sobre el nombre de su patología quirúrgica, área del cuerpo afectada, las posibles causas de la misma y el nombre del procedimiento realizado.

<b>Información del tratamiento quirúrgico</b>	La información proporcionada al paciente que consiste en la aplicación individualizada del conocimiento médico mediante la prescripción de un régimen o conducta a observar por el enfermo.	Se evaluó si el paciente recibió información por medio de las preguntas ¿Recibió información sobre las alternativas terapéuticas de su enfermedad? en la entrevista	Cualitativa dicotómica.	Nominal.	Si o no recibió información sobre el tratamiento quirúrgico, tiempo de estancia hospitalaria, cuidados de herida operatoria y alternativas terapéuticas.
<b>Información de los riesgos de la intervención quirúrgica</b>	El riesgo es la vulnerabilidad ante un posible potencial de perjuicio o daño en una intervención médica	se evaluó si el paciente recibió información sobre los riesgos de la intervención quirúrgica por medio de la entrevista	Cualitativa dicotómica.	Nominal.	Si o no recibió información sobre los riesgos de su intervención quirúrgica.
<b>Información de los beneficios de la intervención quirúrgica</b>	Se refiere al bien que se hace o se recibe a través de un tratamiento o intervención médica.	se evaluó si el paciente si recibió información sobre los beneficios de la intervención quirúrgica por medio de la entrevista	Cualitativa dicotómica.	Nominal.	Si o no recibió información sobre los beneficios de su intervención quirúrgica.
<b>Satisfacción percibida por el paciente</b>	Valor de sentirse bien en medio de alguna situación y por alguna razón; provee alegría y comodidad con el momento que se vive.	Se evaluó por medio de la pregunta ¿Está satisfecho con la información que recibió?, ¿Está satisfecho con el tiempo que se le dedicó para brindarle la información?, ¿Está satisfecho con el trato proporcionado durante el plan educacional? y ¿Está satisfecho con el lenguaje utilizado durante el plan educacional?	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si o No estuvo satisfecho

## **4.6. Técnicas, procesos e instrumentos utilizados para la recolección de datos**

### **4.6.1. Técnica de recolección de datos.**

Se obtuvo la información por medio de una entrevista directa con los sujetos de estudio acerca de las variables ya descritas y que cumplieron con los criterios de selección usando como instrumento un cuestionario escrito que se llenó en las 72 horas postoperatorias del paciente.

### **4.6.2. Procesos**

- **Solicitud de autorización:**  
Se solicitó autorización a los respectivos departamentos de investigación de cada hospital, así como a los médicos jefes encargados de cada departamento.
- **Recolección de datos:**  
Se procedió a llenar las encuestas con los pacientes que cumplieron con los criterios de selección para determinar que el estado de conciencia del paciente fuera óptima y así obtener información coherente con el fin de evitar interferencia de factores externos como anestesia, dolor o estrés.  
Luego se explicó al paciente el objetivo de dicho estudio, se le indicó que su confidencialidad y la información obtenida no le perjudicarían ni física, ni emocional ni socialmente. A los pacientes que aceptaron participar, se les leyó la hoja de consentimiento informado del estudio, adjuntándoles una copia del mismo, luego de esto, se les solicitó que firmaran la hoja de autorización del estudio (ver anexo 2), luego se procedió a interrogar al paciente en relación a la boleta de recolección de datos tomando nota de lo que el paciente respondió durante la entrevista y comparando sus respuestas con la nota operatoria de su expediente clínico correspondiente.
- **Distribución de equipo de investigación:**  
Se distribuyó a los investigadores (9 investigadores) en tres grupos de tres, un grupo por cada centro hospitalario. Cada investigador tuvo a su cargo un servicio pudiendo ser este: post operados de emergencia, cirugía de

hombres o cirugía de mujeres. Cubriendo diariamente el tiempo estipulado mínimo de 6 semanas.

#### **4.6.3. Instrumento de recolección de datos**

La boleta de recolección de datos constó de 21 preguntas las cuales estuvieron divididas en datos generales que contaba de 3 preguntas, evaluación del plan educacional, patología quirúrgica que constó de 7 preguntas, tratamiento quirúrgico con 3 preguntas, evaluación de la satisfacción del paciente con 4 preguntas y una sección exclusiva para el entrevistador que contenía 3 apartados en donde se comprobó lo referido por los pacientes.

Ver anexo 1.

#### **4.7. Procesamiento y análisis de datos**

##### **4.7.1. Procesamiento de datos**

Luego de recolectada la información de las boletas esta fue ingresada en EPI INFO y se creó una base de datos con la cual se generaron tablas y gráficas para analizarlas posteriormente por medio de frecuencias y porcentajes.

##### **4.7.2. Análisis de datos**

Se realizó una descripción de las variables evaluadas de los pacientes operados por el servicio de emergencia o por cirugía electiva. Los datos fueron analizados por los porcentajes evidenciados en las tablas, gráficas de barras y de pie y con estos datos se pudo generar información sobre cada aspecto del plan educacional previo a la cirugía así como de la comprensión y satisfacción del paciente del mismo.

#### **4.8. Límites de la investigación**

##### **4.8.1 Obstáculos**

Durante el proceso de recolección de datos, se encontraron ciertas dificultades



que complicaron el acceso a la información adecuada para el proyecto. Dentro de estas, incluimos que se cuenta con poca información y escasos antecedentes sobre este tema en nuestro país; también dificultades al obtener el permiso correspondiente en los hospitales en donde se realizó la investigación, así como se encontraron pacientes poco colaboradores o que no desearon participar en la investigación lo cual dificultó la comunicación y la recolección de los datos al momento que se realizaron la entrevistas.

#### **4.8.2. Alcances**

Con la presente investigación se conocerá el plan educacional proporcionado por el personal de salud previo a la intervención quirúrgica de los pacientes en los hospitales a estudio. Esto dará una pauta de la calidad y cantidad de información que los pacientes reciben por el personal de salud, y que dicha información no cumple con los aspectos necesarios que conforman el plan educacional que acompaña al consentimiento informado.

Con estos resultados se aportará información reciente sobre el estado actual del cumplimiento de la bioética en Guatemala. Así como la creación de sugerencias para reforzar la relación médico-paciente desde un punto de vista teórico, contribuir a la aplicación de las normas de bioética en cuanto al plan educacional como parte del consentimiento informado e incentivar al cumplimiento de las normas establecidas en cada hospital.

### **4.9. Aspectos éticos de la investigación**

#### **4.9.1. Principios éticos generales**

La investigación respetó la anonimidad de los sujetos de estudio ya que se omitieron nombres si así lo requería el paciente, se respetó el derecho de autonomía de cada individuo ya que tuvieron la opción de participar o no en la investigación, los pacientes que aceptaron participar, lo evidenciaron por medio de la firma, su nombre o huella digital en la hoja de autorización.

#### **4.9.2. Categorías de riesgo**

En el presente estudio se utilizaron entrevistas directas como instrumento de

recolección de datos, y se obtuvieron los resultados de la investigación ubicándose en un riesgo de Categoría I (sin riesgo) al no realizarse ninguna intervención o modificación intervencional con variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes del estudio

#### **4.9.3. Consentimiento Informado**

Se redactó un consentimiento informado con el fin de dar a conocer a los pacientes los objetivos del estudio, para hacer constar que su participación fue totalmente voluntaria sin que esto influyera con los servicios recibidos en cada institución y hacer constar que sus datos personales se mantendrían confidenciales durante todo el proceso de investigación (ver anexo 2).



## 5. RESULTADOS

El total de pacientes postoperados durante el período de estudio fue de 955, de los cuales únicamente 736 cumplieron los criterios de selección (392 en el Hospital Roosevelt, 246 en el Hospital San Juan de Dios y 98 casos en Hospital Nacional Pedro de Bethancourt [tabla 1]). De los tipos de cirugías realizadas en los hospitales a estudio el 67% (494) fueron de emergencia, siendo en su mayoría de origen no traumático y 33% (242) corresponden a cirugías electivas (tabla1). El sexo femenino representó el 59% (434) de los entrevistados y el sexo masculino 41% (302); el grupo etario predominante fue el de 18-22 años representado el 17% (124) de la población (tabla1). Respecto a la escolaridad de los pacientes, 42.26% (311) cursaron algún grado de primaria y 37.91% (279) el nivel medio de educación (tabla 1).

### 5.1. Características generales de los pacientes postoperados.

**Tabla 1**  
**Distribución de las características de mayor incidencia de los pacientes postoperados, entrevistados en los Hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014.**  
**Guatemala, junio 2014**

Características		Hospital General San Juan de Dios		Hospital Roosevelt		Hospital Nacional Pedro de Bethancourt		Sub-Total	%	Total	%
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%				
Tipos de Cirugía	Emergencia	127	17	291	40	76	10	494	67	736	100
	Electiva	119	16	101	14	22	3	242	33		
Sexo	Femenino	154	21	230	31	50	7	434	59	736	100
	Masculino	92	12	162	22	48	7	302	41		
Grupo Etario	18 - 22 años	29	4	76	10	19	3	124	17	736	100
	Otras edades	217	29	316	43	79	11	612	83		
Escolaridad	Primaria	94	13	175	24	42	6	311	43	736	100
	Nivel Medio	83	11	160	21	36	5	279	37		
	Otros	20	3	57	8	69	9	146	20		

Fuente: Boleta de recolección de datos

## 5.2 Evaluación del Plan Educativo

**Tabla 2**

**Distribución de pacientes postoperados que recibieron información sobre su patología quirúrgica entrevistados en los hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014. Guatemala, junio 2014.**

<b>EVALUACION DEL PLAN EDUCACIONAL</b>					
<b>PREGUNTAS</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>
¿Firmó el documento de autorización antes de ser operado?	736	100	0	0	736

Fuente: Boleta de recolección de datos.

### 5.3 Información de patología quirúrgica del plan educacional

**Tabla 3**

**Distribución de pacientes postoperados que recibieron información sobre su patología quirúrgica entrevistados en los hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014. Guatemala, junio 2014.**

<b>INFORMACIÓN SOBRE LA PATOLOGÍA QUIRÚRGICA</b>					
<b>PREGUNTAS</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>
¿Recibió información sobre su enfermedad previo a haber firmado la hoja de autorización de su procedimiento quirúrgico?	697	94.70	39	5.30	736
¿Conoce el nombre de su enfermedad?	526	71.47	210	28.53	736
¿Coincide el nombre de su enfermedad?	472	89.73	54	10.27	526
¿Conoce el área afectada de su cuerpo?	688	93.48	48	6.52	736
¿Coincide el área afectada del cuerpo del paciente con lo indicado en la nota operatoria?	658	95.64	30	4.36	688
¿Conoce el procedimiento quirúrgico que se le realizó?	191	25.95	545	74.05	736
¿Coincide el procedimiento quirúrgico referido por el paciente con lo indicado en la nota operatoria?	177	92.67	14	7.33	191

Fuente: Boleta de recolección de datos.

#### 5.4 Información sobre el tratamiento quirúrgico del plan educacional

**Tabla 4**

**Distribución de pacientes postoperados que recibieron información sobre su tratamiento quirúrgico, entrevistados en los hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014. Guatemala, junio 2014.**

<b>INFORMACIÓN SOBRE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO</b>					
<b>PREGUNTA</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>
¿Recibió información sobre otras formas de tratamiento sobre su enfermedad?	352	47.83	384	52.17	736
¿Recibió información sobre posibles riesgos de la operación?	241	32.74	495	67.26	736
¿Recibió información sobre los beneficios al realizar su operación?	306	41.58	430	58.42	736

Fuente: Boleta de recolección de datos.

## 5.5 Evaluación de la satisfacción del paciente con el plan educacional.

**Tabla 5**

**Distribución de la satisfacción de los pacientes postoperados que fueron entrevistados en los hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014.  
Guatemala, junio 2014.**

<b>SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON EL PLAN EDUCACIONAL</b>					
<b>PREGUNTA</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>
¿Está satisfecho con la información que recibió previo a ser operado?	513	69.70	223	30.30	736
¿Está satisfecho con el tiempo que se le dedico para brindarle la información?	539	73.23	197	26.77	736
¿Está satisfecho con el trato recibido durante el tiempo en el que se le explico su enfermedad?	622	84.51	114	15.49	736
¿Está satisfecho con el lenguaje que utilizo el personal médico para darla la información de su enfermedad antes de ser operado?	599	75.95	117	24.05	736

Fuente: Boleta de recolección de datos





## 6. DISCUSIÓN

### 6.1 Características generales de los pacientes postoperados

Durante el período en el que se llevó a cabo el estudio se entrevistó un total de 955 pacientes en los servicios de cirugía, de los cuales se excluyó a 219 por no cumplir con los criterios de selección (anexo 4, gráfica 19). De los 736 sujetos a estudio, 53.26 % (392) corresponden al Hospital Roosevelt, 33.42% (246) al Hospital General San Juan de Dios y 13.32% (98) al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt (tabla 1). Se cuantificó que un 67% (494) de las cirugías realizadas durante las seis semanas en los tres hospitales corresponden a procedimientos realizados de emergencia siendo en su mayoría de origen no traumático y 33% (242) corresponden a procedimientos electivos (tabla 1). Entre las características de los pacientes se encontró que 59% (434) eran de sexo femenino (tabla 1) y el grupo etario prevalente fue el rango de 18-22 años (tabla 1) con 16.84% (124). Respecto a la escolaridad de los pacientes, 42.26% (311) cursaron algún grado de primaria y 37.91% (279) el nivel medio de educación (tabla 1).

### 6.2. Información sobre patología quirúrgica del plan educacional.

Según los resultados obtenidos en el estudio, 94.70% (697) de los pacientes entrevistados recibieron información sobre su patología antes de ser operados (tabla 2), de estos 71.47% (526) conocían el nombre de su enfermedad (tabla 3), dato que fue corroborado por los investigadores utilizando la nota operatoria, mostrando que 89.73% (472) de las respuestas coincidieron con lo referido en los expedientes clínicos (tabla 3), 93.48% (688) de los entrevistados conoce el área u órgano afectado de su cuerpo (tabla 3) y según sus respuestas 95.64% (658) coincidieron con la nota operatoria (tabla 3). A pesar de estos datos positivos, 74.05% (545) de los pacientes respondieron que no conocían el nombre del procedimiento quirúrgico que se le realizó (tabla 3), esto muestra cifras muy similares a las obtenidas en estudios anteriores realizados en el Hospital General San Juan de Dios, mostrando que estos aspectos no han logrado mejorarse en los últimos 15 años. Los resultados muestran que actualmente existe una deficiencia en la información brindada sobre la patología quirúrgica, siendo el nombre del procedimiento quirúrgico el área que más ignora el paciente (17). Tomando en cuenta que una cirugía puede favorecer la aparición de ansiedad, angustia e impotencia, sensaciones que pueden ir en aumento si no existe una buena información por parte del equipo médico y es importante mencionar que

estudios han demostrado que los pacientes que reciben información preoperatoria adecuada, están prevenidos ante complicaciones, tienen un mejor nivel de confianza en el personal que le atiende y esto facilita su proceso hospitalario (10).

### **6.3. Información sobre el tratamiento quirúrgico del plan educacional**

Respecto a las alternativas terapéuticas del paciente, 47.83% (352) refirió haber recibido información de su tratamiento y las alternativas del mismo (tabla 4); 32.74%(241) de los pacientes refirieron que se les informó sobre los riesgos de la cirugía (tabla 4) y 41.58% (306) recibieron información sobre los beneficios que tendría el procedimiento quirúrgico que se les realizó (tabla 4). Estos resultados reflejan una marcada deficiencia tanto a la información de las alternativas en su tratamiento quirúrgico como de los riesgos y beneficios del mismo. Como ya se ha definido, el plan educacional dicta que el personal médico debe rodearse de humanismo y actitud ética (13) y brindar al paciente una información sobre su patología y tratamiento y con el consentimiento informado favorecer la comprensión del procedimiento propuesto, sus posibles alternativas, los resultados esperados con sus beneficios, pero si esta información se da incompleta no se llenan los requisitos de este proceso y ambas partes se vuelven vulnerables (28).

### **6.4. Evaluación de la satisfacción del paciente con el plan educacional**

La mejora de la calidad, el análisis comparativo de la eficiencia hospitalaria y la búsqueda de responsabilidad son algunas de las razones que llevan a los hospitales a medir la satisfacción de sus pacientes por lo que dicha satisfacción es uno de los objetivos de este estudio. De los pacientes entrevistados, 70% (513) refirieron estar satisfechos con la información recibida previo a su cirugía (tabla 5); 73%(539) indicaron estar satisfechos con el tiempo que el personal médico a su cargo dedicó para brindarles información sobre su patología (tabla 5); 85% (622) de los pacientes refirieron estar satisfechos con el trato recibido al brindarles la información de su enfermedad y durante su estancia hospitalaria en general (tabla 5) y 76% (559) de los pacientes indicaron estar satisfechos con el lenguaje utilizado por el personal médico y lo consideró de fácil comprensión (tabla 5). A pesar de que los pacientes recibieron información deficiente respecto a su enfermedad, tratamiento, riesgos y beneficios del mismo, estos refieren estar satisfechos con el plan educacional proporcionado por el personal de salud.

## 7. CONCLUSIONES

1. El plan educacional que reciben los pacientes postoperados previo a firmar la hoja de autorización del consentimiento informado es deficiente, debido a que los pacientes no reciben información detallada en muchos aspectos que intentan prevenir posibles complicaciones y secuelas.
2. Un alto porcentaje de pacientes refirió haber recibido plan educacional previo a firmar la hoja de autorización del consentimiento informado.
3. La mayoría de pacientes recibió información del nombre de su enfermedad y el área de su cuerpo afectada, sin embargo, un alto porcentaje desconoce datos de gran importancia sobre su patología como el nombre del procedimiento que se le realizó.
4. Un importante porcentaje de los pacientes entrevistados refirió no haber recibido información sobre las alternativas terapéuticas mostrando una gran deficiencia en la finalidad del plan educacional que busca ayudar al paciente a tomar una decisión final sobre su salud con información exacta, sencilla y concreta.
5. Un elevado número de pacientes indicó no haber recibido información sobre los riesgos y beneficios del procedimiento quirúrgico que se le realizó, afectando así el compromiso del plan educacional para buscar siempre el bien en la solución de los problemas de salud.
6. La mayoría de pacientes se mostraron satisfechos con la información recibida, el lenguaje utilizado, el trato y el tiempo dedicado en el plan educacional a pesar de desconocer información importante y básica sobre su enfermedad y tratamiento.
7. Entre las características generales observadas, se puede mencionar que la mayoría de los pacientes entrevistados fueron de sexo femenino, prevalentemente entre los 18 y 22 años de edad y la escolaridad predominante fue de educación primaria.



## 8. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a las autoridades de los centros hospitalarios capacitar a todo el personal de salud autorizado a dar plan educacional tanto a los pacientes como a sus familiares previo a firmar la autorización del consentimiento informado y velar porque cumplan su responsabilidad correctamente para evitar que esta importante labor caiga sobre los estudiantes externos e internos aclarando que ellos solo deben participar como observadores y practicantes.
2. Se recomienda a las autoridades de las distintas facultades de medicina, en especial a los encargados de las prácticas semiológicas hacer énfasis en la importancia del plan educacional por medio de clases magistrales que incluyan ética médica y los requisitos del consentimiento informado, para reforzar tanto los aspectos de la patología como los riesgos, beneficios, y alternativas del tratamiento. Además hacer conciencia sobre las ventajas que este puede tener en la medicina preventiva y la eficiencia de los servicios hospitalarios.
3. Se sugiere al personal de salud encargado, informar con ética y humanismo al paciente en todos los puntos del consentimiento informado, en específico sobre el nombre del procedimiento quirúrgico y alternativas de tratamiento quirúrgico para no vulnerar el carácter voluntario del consentimiento y satisfacer las necesidades del individuo enfermo.
4. Para evitar situaciones de problemas médicos legales se recomienda reforzar el plan educacional y que quede constatado por medio de un consentimiento informado previamente estructurado.



## 9. APORTES

1. Se proporcionó información que podrá ser utilizada en estudios posteriores relacionados con el tema, o para dar seguimiento al mismo.
2. Presentar los resultados obtenidos a cada uno de los servicios de cirugía incluidos en el estudio para resaltar los aspectos en los cuales se deben enfatizar y reforzar todos los aspectos del plan educacional a los pacientes y a sus familiares previo a su intervención quirúrgica.
3. Entrega de resultados de investigación a las autoridades de las unidades de cirugía de los tres hospitales con el fin de proveer información pertinente y actual acerca de la calidad del plan educacional preoperatorio e incentivar a los residentes y jefes de servicio a mejorar la empatía en la relación médico-paciente.
4. Incentivar la realización de clases magistrales y capacitaciones acerca de plan educacional y el objetivo del consentimiento informado al personal educativo de las distintas Facultades de Medicina del país y de los hospitales nacionales para mejorar el aprendizaje de los estudiantes de medicina respecto a este tema y así mejorar la calidad de atención al paciente.
5. Entregar una base de datos con los resultados obtenidos detallando el porcentaje de satisfacción que refirieron los pacientes de acuerdo con su nivel de escolaridad en cada hospital donde se realizaron las encuestas para dar una pauta a cada institución sobre los aspectos a mejorar en los próximos años y así mejorar la calidad de la atención que brindan a la población.



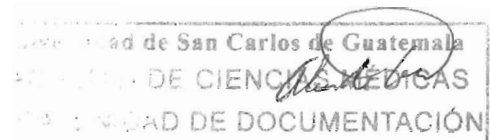


## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Medrano EM. Lo que se conoce y se enseña sobre la diabetes mellitus tipo 2: Estudio descriptivo transversal acerca del conocimiento que poseen los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2, sobre su enfermedad, y la calidad del plan educacional que reciben los mismos, por parte del médico, al asistir al servicio de Consulta Externa del Hospital Nacional de Chiquimula, Guatemala, durante noviembre de 2012 a enero de 2013. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2013.
2. Solórzano Valdizón GX. Plan educacional en pacientes tratados ambulatoriamente: estudio transversal acerca del recordatorio del plan educacional proporcionado a 150 pacientes en las clínicas familiares de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala durante 1992 [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1992.
3. Damián Marroquín RO. Evaluación del plan educacional en pacientes postoperados: estudio transversal acerca del recordatorio del plan educacional proporcionado al paciente postoperado en los servicios de Cirugía General y Emergencia, a su egreso. Hospital General San Juan de Dios. Mayo 1999. Guatemala. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1999.
4. Cuidados20.san.gva.es. [en línea] Plan de cuidados al paciente apendicectomizado. Valencia, España: Cuidados 2.0 Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat; 2010 [actualizado Oct 2010; citado 10 Mar 2014]. Disponible en:[http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18114/Plan+de+cuidados+al+paciente+apendicectomizado\\_2010.pdf](http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18114/Plan+de+cuidados+al+paciente+apendicectomizado_2010.pdf)
5. MoixQueraltó J. Disminución de la ansiedad como factor de mejora de la calidad asistencial en pacientes quirúrgicos. Revista de Calidad Asistencial. [en línea]. 1998 [citado 10 Mar 2014]; 13(4):160-165. Disponible en:<http://pagines.uab.cat/jennyamoix/content/cirug%C3%AD-de-adultos>
6. Cañete R, Guilhem D, Brito K. Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. Acta bioeth [en línea] 2010 [citado 10 Mar 2014]; 18(1):123. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v18n1/art11.pdf>
7. Fink C, Diener MK, Bruckner T, Müller G, Paulsen L, Keller M, et al. Impact of preoperative patient education on prevention of postoperative complications after major visceral surgery: study protocol for a randomized controlled trial (PEDUCAT trial). Trials [en línea]. 2013 [citado 10 Mar 2014]; 14(1):271 Disponible en: <http://www.trialsjournal.com/content/pdf/1745-6215-14-271.pdf>
8. Muñoz Meza A. Plan educacional en el paciente quirúrgico: estudio prospectivo realizado en 350 pacientes postoperados egresados de los servicios de cirugía del Hospital Roosevelt durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 1989. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1989.

9. San José A, San José R, Zuza B, Zunzarren F, Luri T. Aspectos de la información preoperatoria al paciente en la cirugía de urgencia. *Anales Sis San Navarra* [en línea] 2000. [citado 10 Mar 2014]; 23(3): 509-510. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewFile/6951/9607>
10. García Millán Á. La información al paciente como pieza clave de la calidad asistencial. *RevClinMedFam* [en línea] 2009 [citado 10 Mar 2014]; 2(6):275-279. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2009000100005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2009000100005&script=sci_arttext)
11. Oscco-Torres O, Bendezú-Sarcines C, Escajadillo-Lagos N. Actitud que adopta la enfermera durante la atención y nivel de ansiedad del paciente en el pre-operatorio en un hospital público de Pisco Perú 2010. *RevMéd Panacea*. 2011;1:85-88.
12. Gutiérrez J. Plan educacional en la relación médico paciente. Universidad del Valle, Clínica Fundación Valle del Lili. Comité de Ética Médica. [en línea] 2014 [citado 10 Abr 2014] Disponible en: [http://66.147.242.184/~ciencial/media/documentos/cardioliili/articulos/pdf/plan\\_educacion\\_paciente.pdf](http://66.147.242.184/~ciencial/media/documentos/cardioliili/articulos/pdf/plan_educacion_paciente.pdf)
13. Gustavo EL, Burbano LC, Moreno AC, Valencia S. Atención de enfermería al adulto y anciano con lesiones traumáticas y quirúrgicas. Universidad del Valle. [en línea] 2014 [citado 10 Abr 2014]. Disponible en: [http://objetos.univalle.edu.co/files/Cuidados\\_perioperatorios\\_del\\_paciente\\_quirurgico.pdf](http://objetos.univalle.edu.co/files/Cuidados_perioperatorios_del_paciente_quirurgico.pdf)
14. Norton J, Barie P, Bollinger R, Chang A, Lowry S, Mulvihill S, et al *Surgery: basic science and clinical evidence*. 2 ed. New York: Springer; 2009.
15. Falagas ME, Akrivos PD, Alexiou VG, Saridakis V, Moutos T, Peppas G, et al. Patient's perception of quality of pre-operative informed consent in Athens, Greece. *Plos ONE* [en línea]. 2009 Nov [citado 10 Mar 2014];4(11). Disponible en: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0008073>
16. Fernández D, Soberanes E, Díaz E. Consentimiento informado en medicina. *Ética Médica* [en línea]. 2005 [citado 10 Mar 2014];3(1):1. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2005/am051k.pdf>
17. Gutiérrez B. Educación pre-operatoria: análisis de sus contenidos y sus influencias en la recuperación del paciente. *Revista Inquietudes* [en línea]. 2005 [citado 10 Mar 2014];31:34-36. Disponible en: [http://www.index-f.com/inquietudes/31/r31\\_34\\_36.php](http://www.index-f.com/inquietudes/31/r31_34_36.php)
18. Roger Garzón F. La relación médico-enfermo en el cuadro de las relaciones interpersonales. En: Congreso Internacional de la Asociación Española de Ética y Filosofía Política 17ª Semana de Ética y Filosofía. Donostia-San Sebastián, 1-2-3 de Junio de 2011. [en línea] Donostia-San Sebastián: AEEFP; 2011. p. 1-20. [citado 10 abr 2014]. Disponible en: <http://www.uv.es/gibuv/MedicoenfRoger.pdf>
19. Arrubarena V. La relación médico-paciente. *Cirujano General* [en línea]. 2011 [citado 22 Mar 2014];33(2):122-124. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112c.pdf>

20. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales Sis San Navarra [en línea]. 2006 [22 Mar 2014]; 29(3):7-17. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000600002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600002&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
21. Sánchez González MA. El consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones. [en línea] Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina. Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia; 1996 [citado 22 Mar 2014] Disponible en: <http://www.colmed2.org.ar/images/code02.pdf>
22. Alfaro Victoria F. El consentimiento informado en la práctica anestésica. RMA [en línea]. 2006 [citado 15 Feb 2014]; 29(1):106-108. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/476/47609920.pdf>
23. Barrera-Ramírez CF, Garza-Villanueva DA, Valdés-Álvarez A, Elizalde-Herrera F, Nuncio-Zamora JF, Pineda-Pompa LR, et al. El consentimiento válidamente informado en cardiología. Conamed. [en línea] 2010 [citado 15 Feb 2014];15(2):99-105. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REV\\_ABR-JUN\\_2010.pdf](http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REV_ABR-JUN_2010.pdf)
24. García M. Consentimiento Informado. [en línea]. Ecuador: Sociedad Ecuatoriana de Bioética; 2008 [citado 15 Feb 2014]; Disponible en: [http://www.bioetica.org.ec/articulo\\_consentimiento.htm](http://www.bioetica.org.ec/articulo_consentimiento.htm)
25. Mallardi V. The origin of informed consent. Acta Otorhinolaryngol Ital [en línea] 2005 [citado 15 Feb 2014]; 25(5):312-327. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16602332>
26. Altamirano PP. El consentimiento infomado. En: Luna F, Salles A.F. editores. Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos [en línea] Argentina: Fondo de Cultura Económica de España; 2008. [citado 20 mar 2014] Disponible: [http://www.colmed9.org.ar/Bioetica/CONSENTIMIENTO\\_INFORMADO.pdf](http://www.colmed9.org.ar/Bioetica/CONSENTIMIENTO_INFORMADO.pdf)
27. García CO. Consentimiento Informado. [en línea] Guatemala: USAC, FCCMM; 2007 [citado 10 Mar 2014]. Disponible en: [http://medicina.usac.edu.gt/graduacion/1Consentimiento\\_informado.pdf](http://medicina.usac.edu.gt/graduacion/1Consentimiento_informado.pdf)
28. Colegio Americano de Ginecologos y Obstetras. La preparación para una cirugía. [en línea] Washington, DC: ACOG; 2011 [citado 20 Feb 2014]. Disponible en: [http://www.acog.org/For\\_Patients/Search\\_Patient\\_Education\\_Pamphlets\\_-\\_Spanish/Files/La\\_preparacion\\_para\\_una\\_cirugia](http://www.acog.org/For_Patients/Search_Patient_Education_Pamphlets_-_Spanish/Files/La_preparacion_para_una_cirugia)
29. Correia Loureiro SM, Miranda González FJ. Calidad y satisfacción en el Servicio de Urgencias Hospitalarias: análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. Inv Eu [en línea]. Portugal: Universidad de Aveiro; 2010. [citado 24 Feb 2014] 16(2):27-41. Disponible: <http://www.aedem-virtual.com/articulos/iedee/v16/162027.pdf>.







10. ¿Conoce el nombre del procedimiento quirúrgico que se le realizó?

Sí          No

11. Si la respuesta anterior fue afirmativa, ¿Cuál es el procedimiento?

\_\_\_\_\_

### **Tratamiento Quirúrgico**

12. ¿Recibió información sobre otras formas de tratamiento para su enfermedad?

Si          No

13. ¿Recibió información sobre los posibles riesgos de la operación?

Si          No

14. ¿Recibió información sobre los beneficios de realizar su operación?

Si          No

### **Evaluación de la Satisfacción del Paciente con el Plan Educativo:**

15. ¿Está satisfecho con la información que recibió previo a ser operado?

Si          No

16. ¿Está satisfecho con el tiempo que se le dedicó para brindarle la información?

Si          No

17. ¿Está satisfecho con el trato recibido durante el tiempo en el que se le explicó su enfermedad?

Si          No

18. ¿Está satisfecho con el lenguaje que utilizó el personal médico para darle la información de su enfermedad antes de ser operado?

Si          No

**La siguiente sección es exclusiva del entrevistador:**

19. ¿Coincide el nombre de la enfermedad que el paciente refiere con el indicado en la nota operatoria?

Si                      No

20. ¿Coincide el área afectada del cuerpo que el paciente refiere con la indicada en la nota operatoria?

Si                      No

21. ¿Coincide el procedimiento quirúrgico referido por el paciente con el indicado en la nota operatoria?

Si                      No



## 11.2. Anexo 2. Boleta de Consentimiento Informado

Universidad de San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencias Médicas

Fase IV



### PLAN EDUCACIONAL PROPORCIONADO POR EL PERSONAL DE SALUD PREVIO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

#### Investigadores

Diego Andrés Bolaños González, Eva María Fión Cosillo, Luis Fernando Herrera, Silvia María Linares García, Daniel Alejandro Morales Marroquín, Sara Isabel Núñez Villalta, Fredy Geraldo Ríos Borrayo, Myriam Mercedes Ruiz Pérez, Rony Javier Villatoro Castillo.

#### Hoja de Información a pacientes

Nosotros somos estudiantes de séptimo año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Estamos investigando acerca del alcance que tiene el plan educacional en los pacientes que son sometidos a una intervención quirúrgica. En muchas ocasiones este no se da adecuadamente o no se da afectando el conocimiento del paciente acerca de su enfermedad y tratamiento es por eso que en esta oportunidad le daremos información y la(o) invitaremos a participar en nuestro estudio. No tiene que decidir hoy si quiere participar. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo con la investigación. Si tiene preguntas puede hacerlas cuando crea más conveniente.

El plan educacional es muy importante ya que si este se da adecuadamente, el paciente tendrá una mayor comprensión acerca de su enfermedad y le será más fácil apegarse al tratamiento indicado.

Estamos invitando para este estudio a personas mayores de edad que han sido sometidas a cirugía para evaluar la calidad del plan educacional que se les fue impartido. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar como si no, continuarán todos los servicios que reciba en esta institución y nada variará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.

**Universidad de San Carlos de Guatemala**

**Facultad de Ciencias Médicas**

**Fase IV**

**Título de la Investigación:**

**PLAN EDUCACIONAL PROPORCIONADO POR EL PERSONAL DE SALUD PREVIO A  
LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

**Investigadores**

Diego Andrés Bolaños González, Eva María Fión Cosillo, Luis Fernando Herrera, Silvia María Linares García, Daniel Alejandro Morales Marroquín, Sara Isabel Núñez Villalta, Fredy Geraldo Ríos Borrayo, Myriam Mercedes Ruiz Pérez, Rony Javier Villatoro Castillo.

**Formulario de Consentimiento**

He sido invitada (o) a participar en la investigación 'Plan educacional proporcionado por el personal de salud previo a la intervención quirúrgica en los Hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional San Pedro de Bethancourt'. Entiendo que se me realizará una encuesta con 18 preguntas. He sido informado (a) que esto no implica riesgos para mi persona ni influye en los servicios que reciba en esta institución.

He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de dejar de responder la encuesta en cualquier momento sin que afecte de ninguna manera mi cuidado en esta institución.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y confirmó que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del investigador: \_\_\_\_\_

Firma del Investigador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento Informado \_\_\_\_\_ (iniciales del investigador).

11.3. Anexo 3. Hojas de autorización de los hospitales a estudio.

11.3.1. Hoja de autorización del Hospital General San Juan de Dios

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**  
**HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_

Que me identifico con cédula de vecindad extendida en \_\_\_\_\_

No. De orden \_\_\_\_\_ / DPI extendido en \_\_\_\_\_

No. De orden \_\_\_\_\_

Se me ha informado claramente:

1. De la enfermedad que tengo (padezco)
2. Cambios que pudieran presentarse en mi enfermedad.
3. Nombre de la operación o procedimiento que me harán.
  - 3.1 En qué consiste.
  - 3.2 Como se hará y en que parte de mi cuerpo.
4. Que se puedan esperar de la operación o procedimiento y que pasaría con mi enfermedad si no me opero o no acepto el procedimiento.
5. Riesgos de la operación:
  - 5.1 Probables complicaciones o daños
  - 5.2 Mortalidad
6. Alternativas de tratamientos, comparadas con la cirugía propuesta.
7. Tipo de anestesia:
  - 7.1 riesgos
8. autorización expresa de realizar:
  - 8.1 fotografías.
  - 8.2 Videos.
  - 8.3 Registros gráficos en pre-intra y post-operatorio.
  - 8.4 Difundir resultados o iconografías en revistas médicas y/o ámbitos científicos.
9. Posibilidad de revocar el presente consentimiento en cualquier momento antes de la cirugía.

Habiendo comprendido esta información y explicaciones dadas y gozando de plenas facultades mentales, firmo libre y voluntariamente lo dispuesto por el Hospital General San Juan de Dios, como parte del tratamiento de mi enfermedad, en presencia de testigo.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Huella:

Nombre del testigo \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_ Huella:

Firma y sello de médico cirujano: \_\_\_\_\_ Huella:

11.3.2. Hoja de autorización del Hospital Roosevelt

Yo, \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, quien me identifico con cédula No. \_\_\_\_\_ y  
Registro \_\_\_\_\_ extendida en \_\_\_\_\_  
en calidad de \_\_\_\_\_ del paciente

**AUTORIZO**

a los médicos de este centro para que le realicen

habiéndome explicado que el estado actual del paciente es \_\_\_\_\_, pero que el procedimiento es necesario para mi tratamiento indicándome además que es la mejor opción sopesando riesgo/beneficio debido a que padece o se sospecha que padece de \_\_\_\_\_.

Se me explico en que consiste el procedimiento, las alternativas quirúrgicas y no quirúrgicas. Además, es de mi conocimiento que pueden ser necesarios procedimientos complementarios dependiendo de los hallazgos trans-operatorios indicándome los más probables así como los posibles tratamientos. Se me explico los riesgos estadísticos de la operación o procedimiento principal como de los riesgos estadísticos de la operación o procedimiento principal como de los complementarios así como los beneficios de los mismos. Estoy enterado que la operación será realizada bajo efectos de anestesia sabiendo los riesgos que por si misma conlleva, ante lo cual firmo la presente nota en el Hospital Roosevelt a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año dos mil \_\_\_\_\_.

Paciente:

F) \_\_\_\_\_

Nombre:

Cédula:

Familiar

F) \_\_\_\_\_

Nombre:

Cédula:

Testigos:

F) \_\_\_\_\_ F) \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ sección \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Historia clínica: \_\_\_\_\_

HOSPITAL ROOSEVELT  
GUATEMALA, C.A.

NOTA DE AUTORIZACION



### 11.3.3. Hoja de autorización del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt



#### CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO QUIRURGICO DE PACIENTES

#### HOSPITAL NACIONAL "PEDRO DE BETHANCOURT" LA ANTIGUA GUATEMALA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Cédula / DPI: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

Nombre del encargado: \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Como paciente, se me ha propuesto ser sometido a tratamiento quirúrgico consistente en: \_\_\_\_\_

Por padecer de: \_\_\_\_\_

Usted tiene derecho a ser informado de los beneficios, y riesgos derivados de dicha intervención, simplemente representa un esfuerzo para que conozca mejor los hechos y pueda tomar la decisión libre y voluntaria de autorizar o rechazar el procedimiento.

#### **DECLARO:**

- **HE RECIBIDO** información clara y sencilla de parte de mi médico tratante, acerca del procedimiento que se me va a realizar y de que el mismo puede ser llevado a cabo por médicos residentes en proceso de información supervisados por un médico especialista.
- **ME HA EXPLICADO** de forma satisfactoria qué es, cómo se realizará y para qué sirve dicha intervención. También me ha explicado de los riesgos en relación con mis circunstancias que pudiera derivarse de mi negativa.
- **ME HA INFORMADO** de la posibilidad necesidad de recibir sangre o derivados de ella, durante o después de la intervención. También me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia (General o Bloqueo), lo cual quedará a discreción del médico anesthesiologo.
- **COMPRENDO** que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables y complicaciones, como las que describen a continuación:

- **Lesiones de Venas y Arterias:** las que inclusive podrían conducir a una posible amputación del miembro.
- **Lesiones de nervios:** que podrían derivarse en pérdida de la función del miembro de manera temporal o permanente.
- **Infecciones:** tanto de la herida operatoria como del hueso (osteomielitis).
- **Rechazo de los Implantes:** lo que podría causar su posible retiro.
- **Reducciones inadecuadas de la fractura:** lo que podría necesitar re-intervenir quirúrgicamente al paciente.
- **Otras:** fallo de los implantes, retardo de la consolidación, re fractura, etc.

Estoy al corriente de que la cirugía no es una ciencia exacta y que por tanto no se me pueden garantizar los resultados y si durante la práctica de la citada intervención quirúrgica alguna situación imprevista, autorizo al cirujano para tomar cualquier medida o tratamiento que sea necesario.

### **DECLARO:**

Que he recibido respuesta a todas mis preguntas, **COMPRENDO** todo lo anteriormente explicado y por lo tanto, **DOY MI CONSENTIMIENTO** a la realización del procedimiento quirúrgico que se me propone por los profesionales que correspondan, por lo que firmo libre y voluntariamente, exonerándolos a la vez de cualquier medida médico legal que de esta pudiera derivarse.

Puede retirar este consentimiento cuando lo desee y deberé informar **YO** al equipo médico del cambio de mi decisión.

---

Firma y Nombre del Paciente

---

Firma del Representante Legal

---

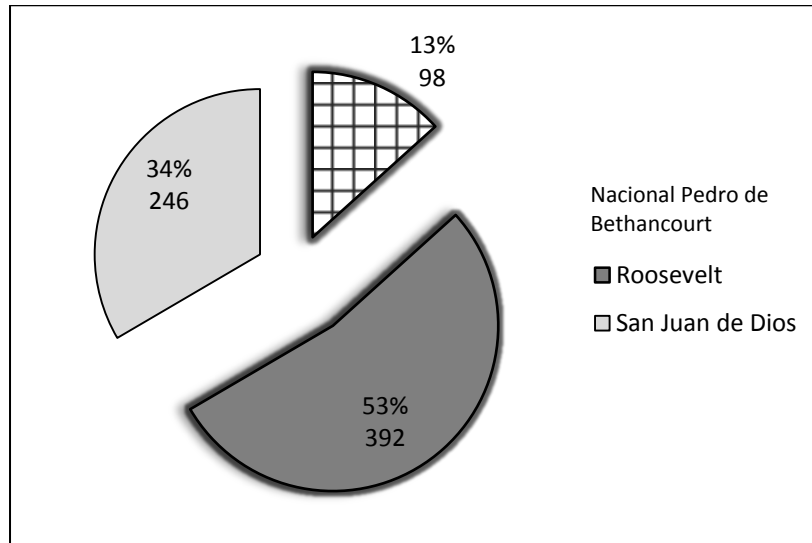
Firma y sello del Médico

**11.4. Anexo 4. Presentación de resultados de Hospital General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt**

**11.4.1. Características generales de los pacientes postoperados**

**Gráfica 1**

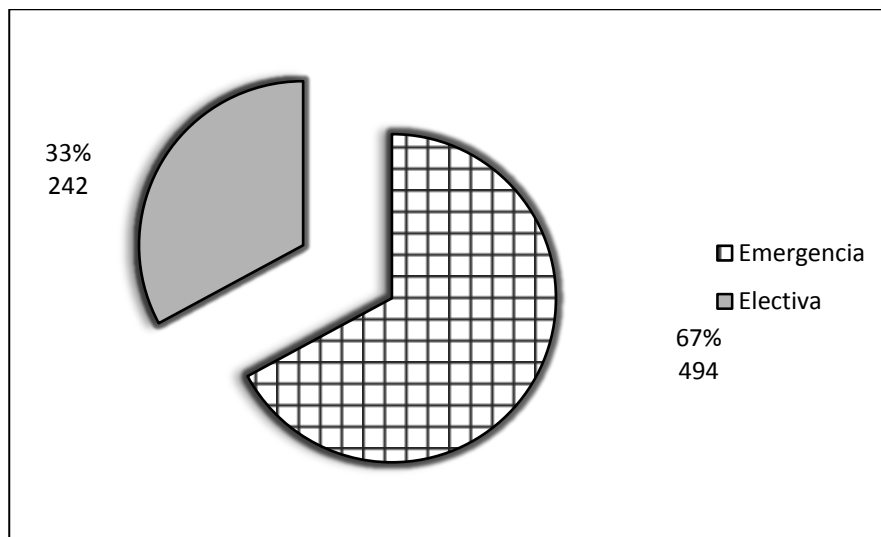
**Distribución de pacientes postoperados, entrevistados en los Hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014.  
Guatemala, junio 2014**



Fuente: Tabla 1

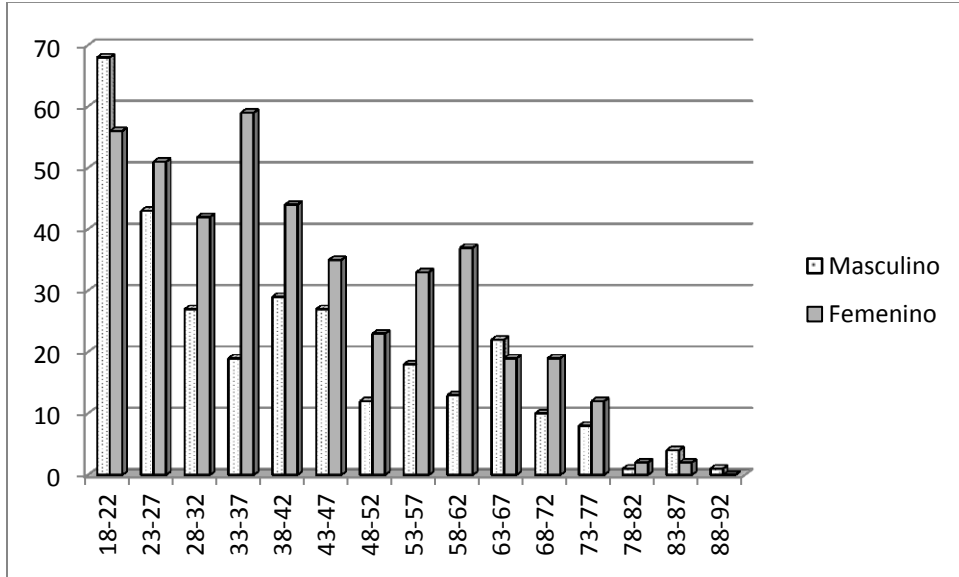
**Gráfica 2**

**Distribución de pacientes postoperados por emergencia o cirugía electiva, entrevistados en los hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014.  
Guatemala, junio 2014**



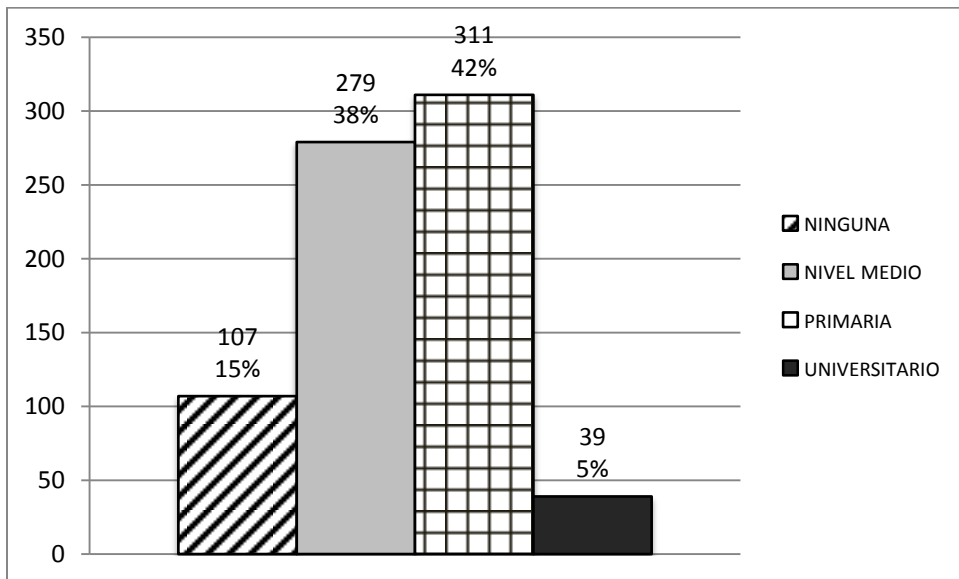
Fuente: Tabla 1

**Gráfica 3**  
**Distribución de pacientes postoperados por grupo etario entrevistados en los Hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014.**  
**Guatemala, junio 2014**



Fuente: Tabla 1

**Gráfica 4**  
**Distribución de pacientes postoperados por escolaridad, entrevistados en los Hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014.**  
**Guatemala, junio 2014**



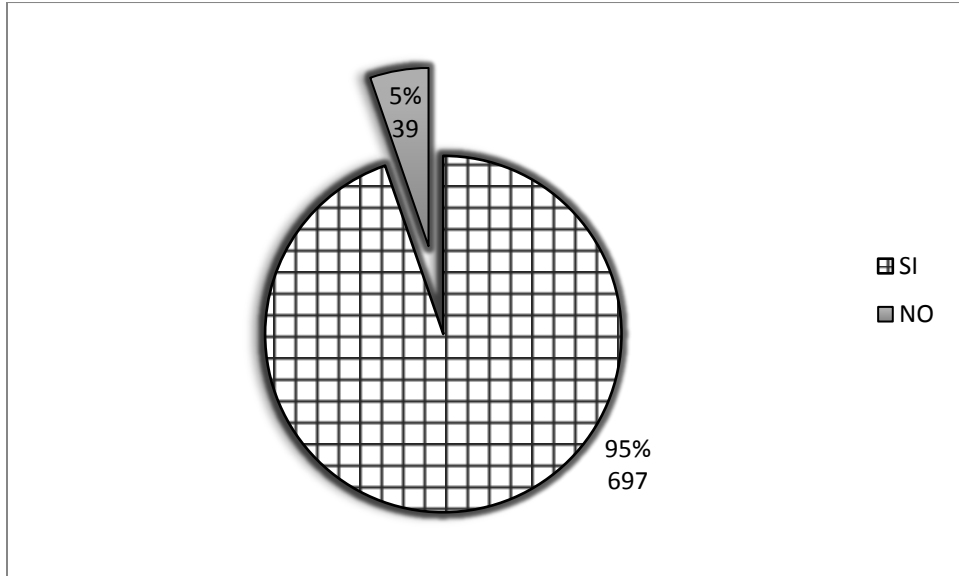
Fuente: Tabla 1.



### 11.4.2. Información de Patología Quirúrgica

**Gráfica 5**

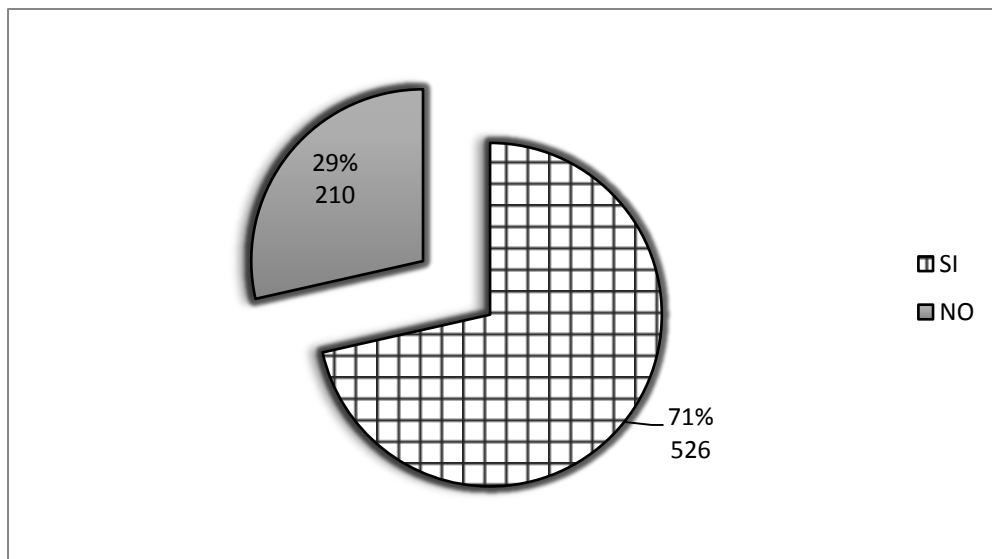
**Distribución de pacientes postoperados que recibieron información sobre su patología quirúrgica entrevistados en los hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014. Guatemala, junio 2014.**



Fuente: Tabla 2

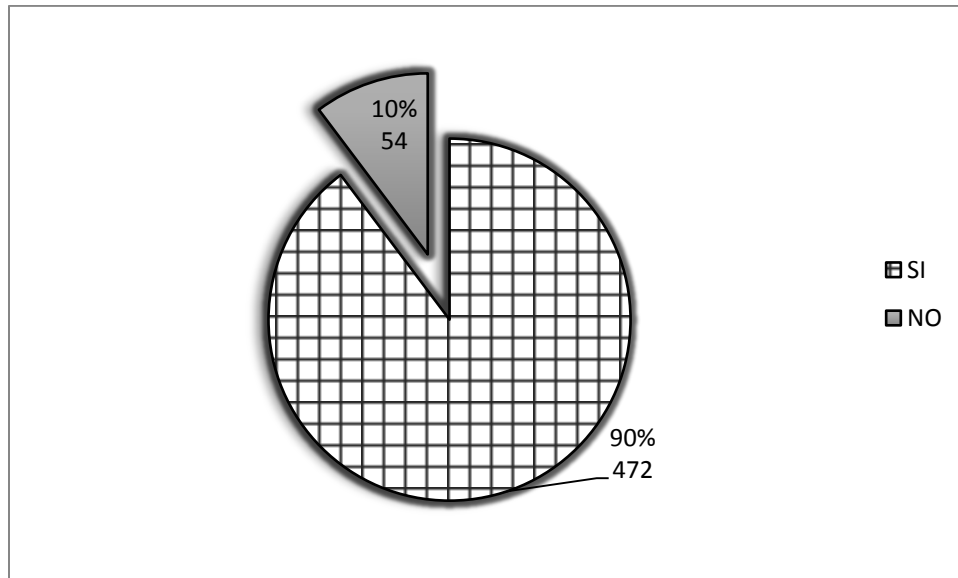
**Gráfica 6**

**Distribución de pacientes postoperados que conocen el nombre de su enfermedad entrevistados en los hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014. Guatemala, junio 2014.**



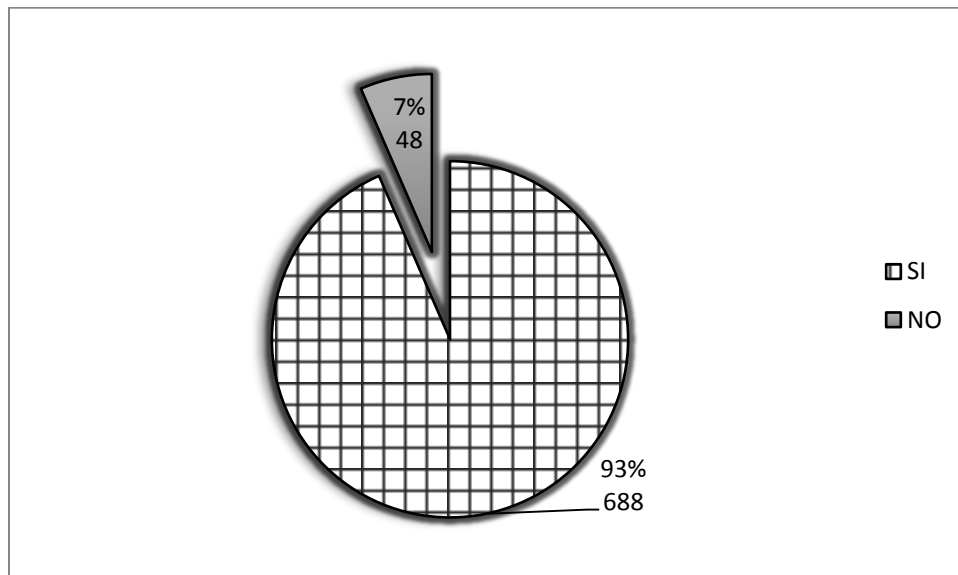
Fuente: Tabla 3

**Gráfica 7**  
**Distribución de pacientes postoperados que conocen el nombre de su enfermedad y coinciden en la nota operatoria en los Hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014. Guatemala, junio 2014.**



Fuente: Tabla 3

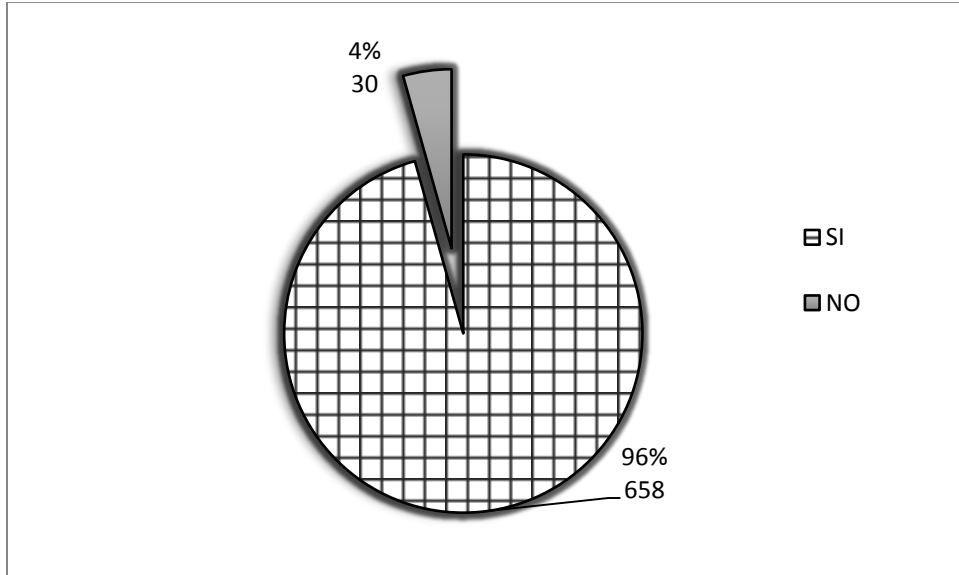
**Gráfica 8**  
**Distribución de pacientes postoperados que conocen el área de su enfermedad en los Hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014. Guatemala, junio 2014.**



Fuente: Tabla 3

**Gráfica 9**

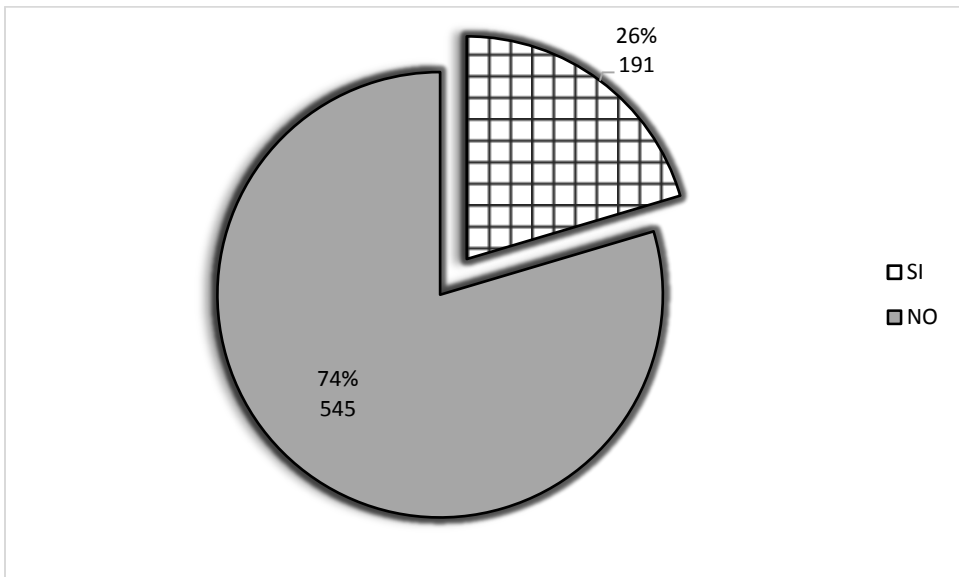
**Distribución de pacientes postoperados que conocen el área de su enfermedad y coincide con la nota operatoria los Hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014. Guatemala, junio 2014.**



Fuente: Tabla 3

**Gráfica 10**

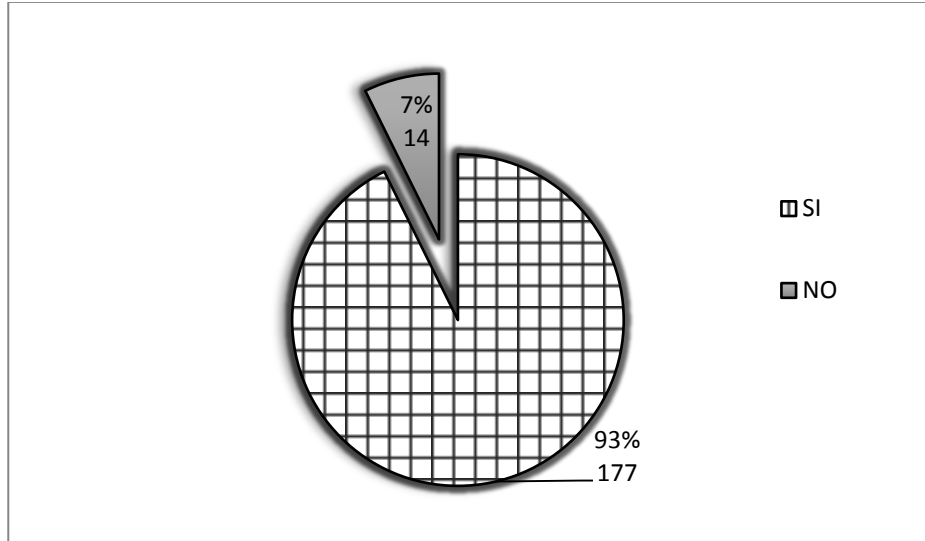
**Distribución de pacientes postoperados que conocen el procedimiento quirúrgico en los Hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014. Guatemala, junio 2014.**



Fuente: Tabla 3

**Gráfica 11**

**Distribución de pacientes postoperados que conocen el procedimiento quirúrgico realizado y coincide con la nota operatoria los Hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014. Guatemala, junio 2014.**

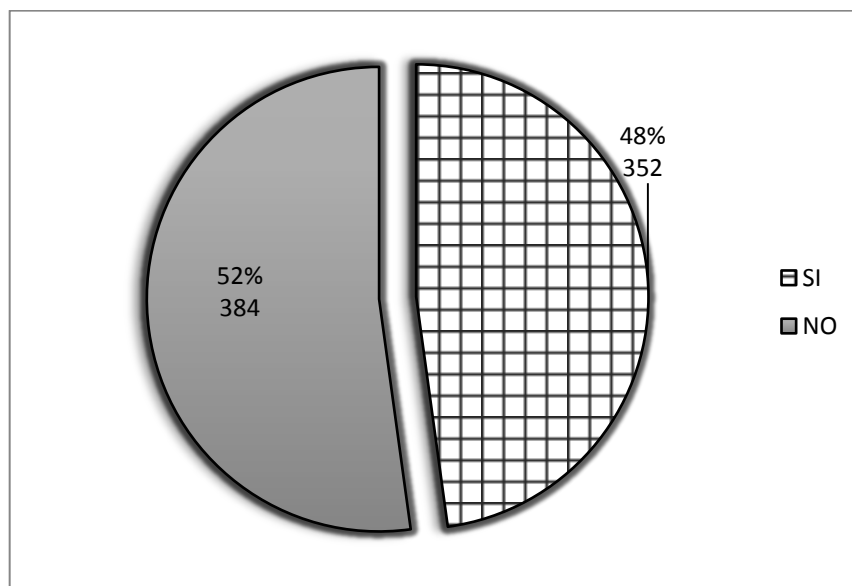


Fuente: Tabla 3

#### 11.4.3. Información de Tratamiento Quirúrgico del plan educacional

**Gráfica 12**

**Distribución de pacientes postoperados entrevistados que recibieron información de las alternativas terapéuticas en los Hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014. Guatemala, junio 2014.**

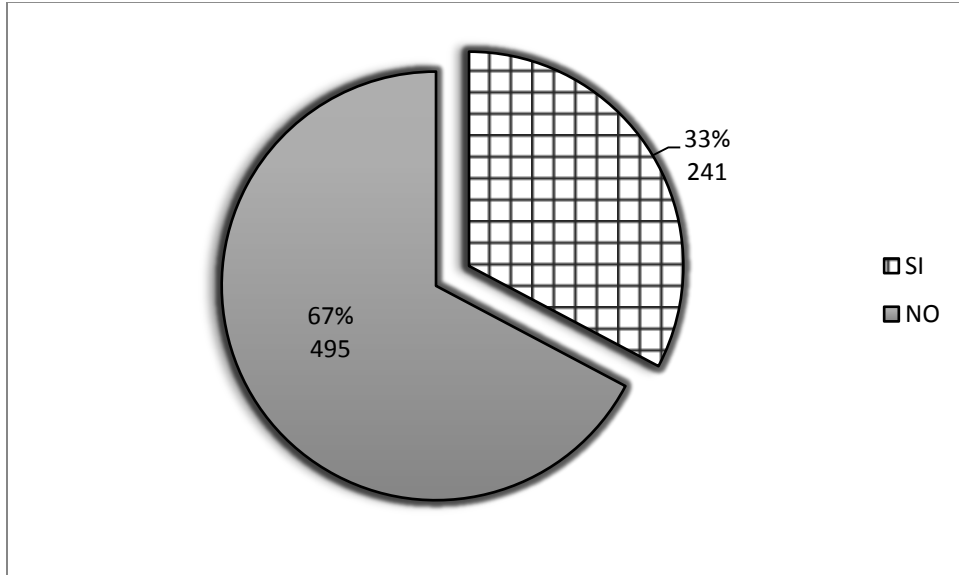


Fuente: Tabla 4

**Gráfica 13**

**Distribución de pacientes postoperados entrevistados que recibieron información de los riesgos en los Hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014.**

**Guatemala, junio 2014.**

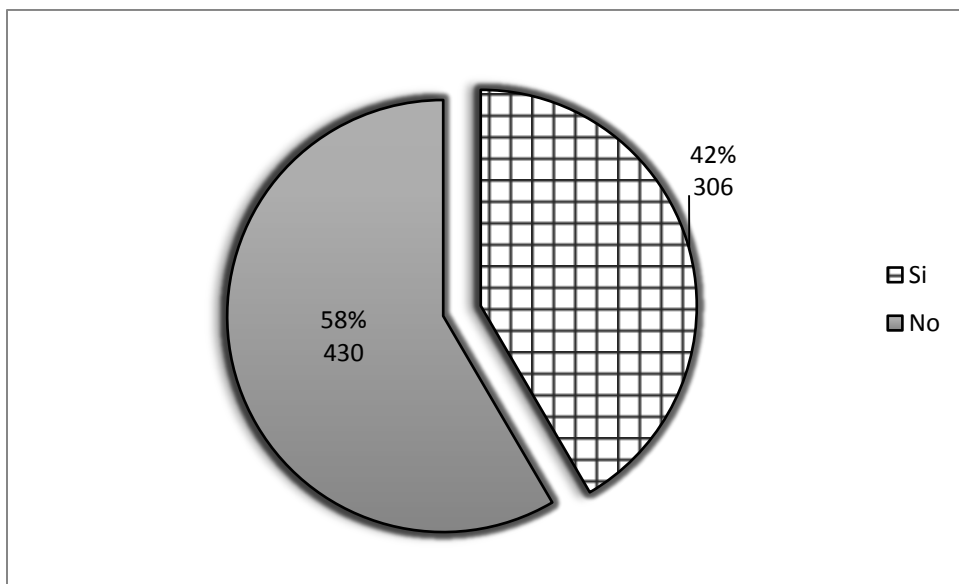


Fuente: Tabla 4

**Gráfica 14**

**Distribución de pacientes postoperados entrevistados que recibieron información de los beneficios en los Hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014.**

**Guatemala, junio 2014..**

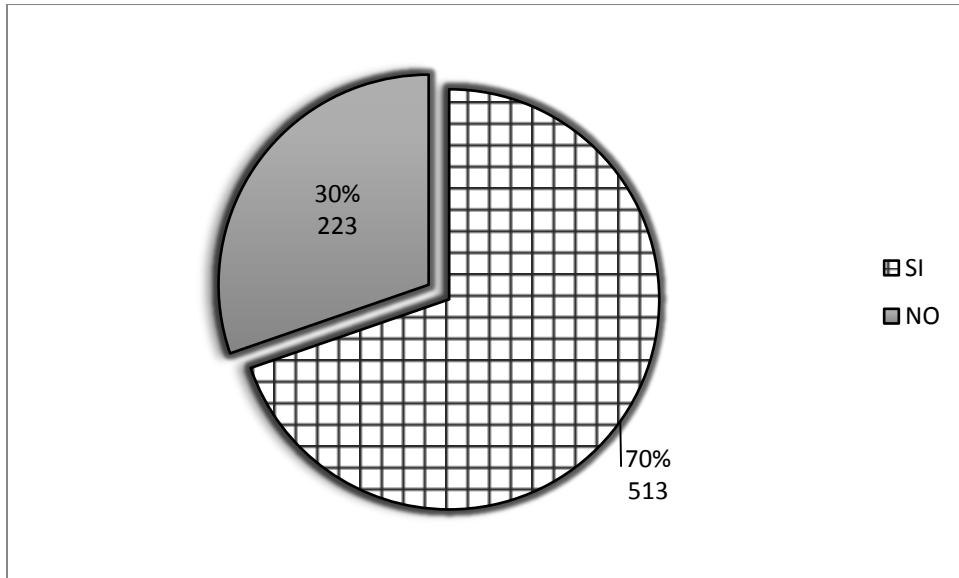


Fuente: Tabla 4

#### 11.4.4. Evaluación de la satisfacción del paciente con el plan educacional

Gráfica 15

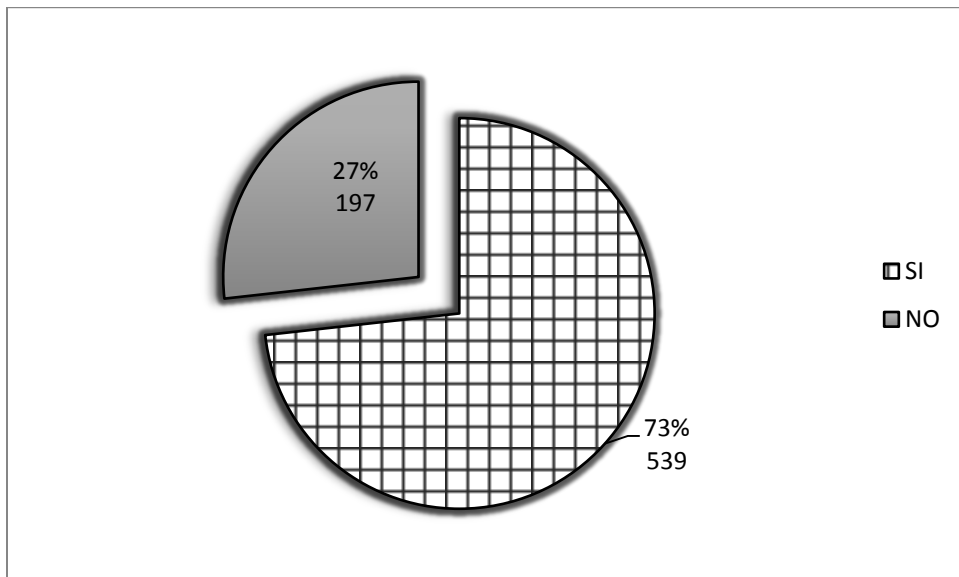
Distribución de pacientes postoperados satisfechos con la información recibida previo a su cirugía en los hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014. Guatemala, junio 2014.



Fuente: Tabla 5

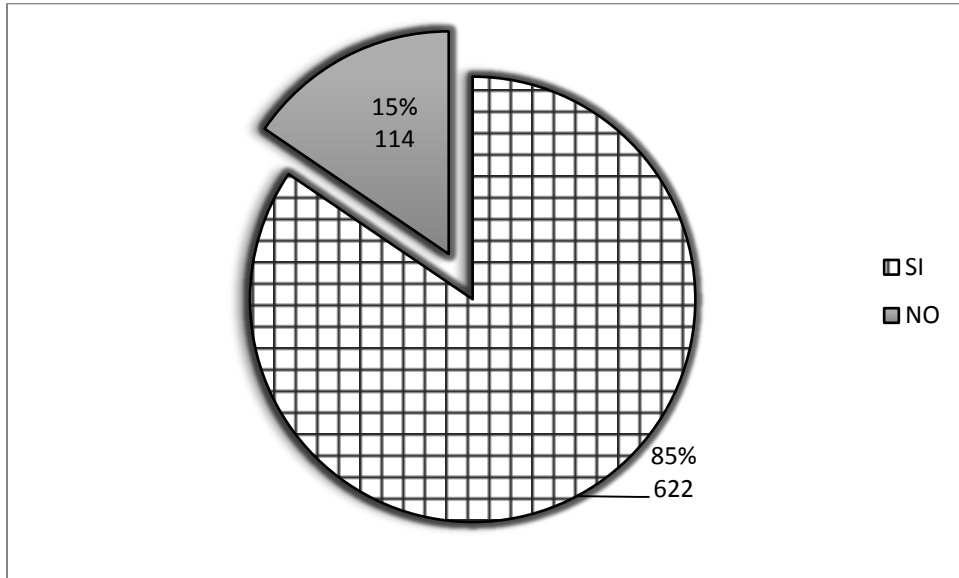
Gráfica 16

Distribución de pacientes postoperados satisfechos con el tiempo dedicado para brindarle información sobre su patología en los hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014. Guatemala, junio 2014.



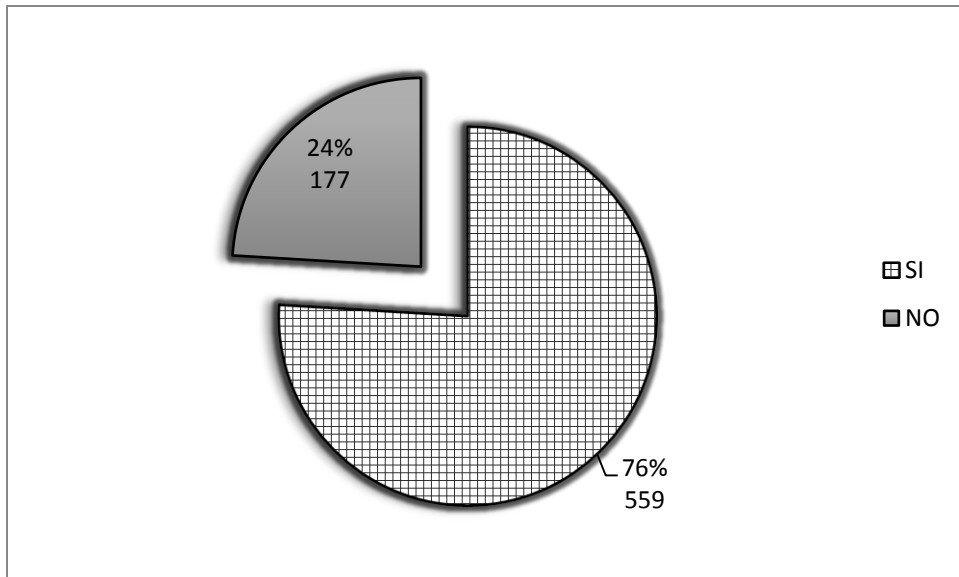
Fuente: Tablas 5

**Gráfica 17**  
**Distribución de pacientes postoperados satisfechos con el trato recibido durante su estancia en los hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014.**  
**Guatemala, junio 2014.**



Fuente: Tabla 5

**Gráfica 18**  
**Distribución de pacientes postoperados satisfechos con el lenguaje utilizado por el personal médico al brindarle información sobre su enfermedad en los hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014.**  
**Guatemala, junio 2014.**



Fuente: Tabla 5

### 11.4.5. Pacientes excluidos del estudio

**Tabla 1**

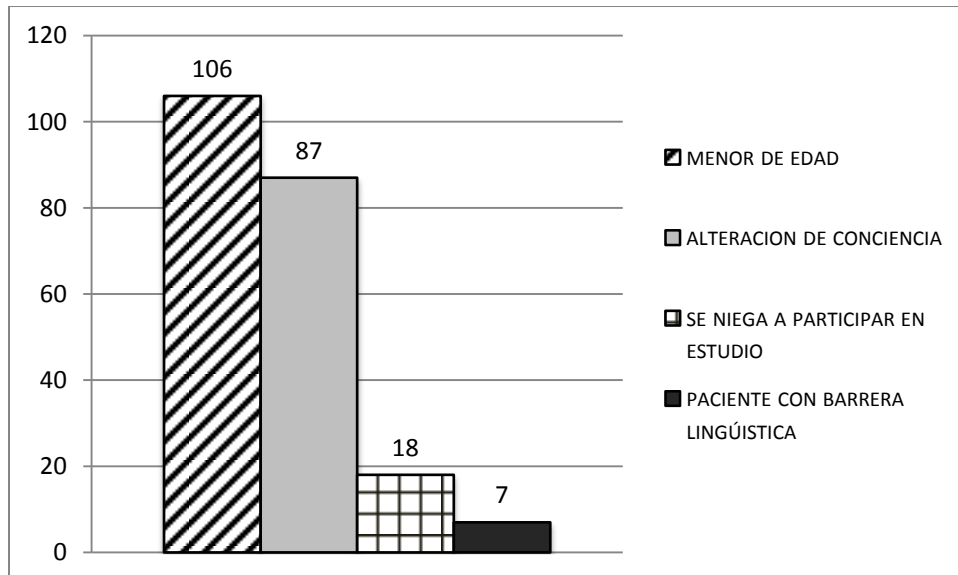
**Distribución de pacientes no incluidos en el estudio por sexo, en los Hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014. Guatemala, junio 2014.**

Sexo	Frecuencia
Femenino	96
Masculino	123
<b>Total</b>	<b>219</b>

Fuente: instrumento de Recolección de datos

**Gráfica 19**

**Distribución de pacientes no incluidos en el estudio por causa de exclusión en los Hospitales General San Juan de Dios, Roosevelt y Nacional Pedro de Bethancourt durante abril a junio de 2014. Guatemala, junio 2014.**



Fuente: Boleta de Recolección de Datos